Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 5. 28. stycznia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD POGLĄDOWY.

A. KUHN. Lwów.

Nasze uzdrowiska [1]).

W artykule pod powyższym tytułem, drukowanym w Nr. 20 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1933, uwziąłem się, jak powiedział jeden z kolegów, aby podnosić tylko ujemne strony naszych uzdrowisk. Zarzut to niezupełnie słuszny. Przecie wysokie walory naszych uzdrowisk są doskonale znane w kołach czytelników P. G. L. i podnoszenie ich w tem czasopiśmie byłoby najzupełniej zbyteczne. Artykuł mój nie był także pracą propagandową, jakie ogłasza się wśród obcych i laików. Naszkicowałem w grubszych zarysach niedostatki naszych uzdrowisk, znane mi z własnej obserwacji i z własnego doświadczenia, sądząc, że wywody moje mogą pobudzić czytelników do przemyślenia sprawy i użycia swoich wpływów tam, gdzie należy, w kierunku uchylenia istniejących braków, wpływów, które nie są wcale małe, jakoże w rękach lekarzy leży w znacznej mierze powodzenie uzdrowisk.

Jaką drogą należałoby dążyć do przeprowadzenia koniecznej poprawy? Najpierw trzeba się przypatrzyć zagranicą, jak wyglądają uzdrowiska dobrze urządzone i dobrze prowadzone, a potem porównać je ze stanem naszych uzdrowisk. (Najwięcej pożytku przyniosłyby studja czynione w okresie najżywszego ruchu sezonowego w wybranem uzdrowisku obcem). To, czego nam niedostaje, wypadnie nadrobić. Nie przyniesie nam ujmy, gdy zaczerpniemy wzorów z pierwszorzędnych uzdrowisk zagranicznych; przeciwnie, dorównanie obcym musi być naszą ambicją narodową. Zresztą także względy praktyczne przemawiają za tem, abyśmy usunęli niedomagania naszych uzdrowisk w porównaniu z zagranicznemi. Gdy tego nie uczynimy obecnie, w czasie kiedy nasi kuracjusze są odcięci od uzdrowisk zagranicznych, będziemy musieli liczyć się z możliwością ucieczki naszych gości kąpielowych zagranicę, skoro barjera graniczna zostanie zniesiona. I wtedy nie będzie nam wolno skarżyć się na brak patrjotyzmu u naszych gości kąpielowych, a będziemy musieli stan rzeczy przypisać naszemu zawinieniu, naszym zaniedbaniom. Zagadnienie to, ważne dla właścicieli naszych uzdrowisk, ale w równej mierze dla sprawy majątku narodowego, wymaga gruntownego rozważenia i szczegółowego zbadania przez sfery interesowane i przez czynniki sprawujące nadzór. Coprędzej trzeba sobie zdać sprawę z doniosłości zagadnienia. Przemysł uzdrowiskowy może i powinien stanowić ważny człon w gospodarstwie państwowem. Tymczasem sprawy uzdrowiskowe u nas obecnie stoją na szarym końcu zainteresowania sfer kierujących nawą gospodarstwa narodowego.

Smutne refleksje nasunęło mi przeglądnięcie wielkiego, bo liczącego prawie 1000 stronic, Rocznika Politycznego i Gospodarczego 1933, wydanego staraniem Polskiej Agencji Telegraficznej a opartego na „Małym Roczniku Statystycznym", „Wiadomościach Stat." i innych źródłach. W księdze tej wymieniono dziesiątki związków, związków związków, zrzeszeń związków, rad naczelnych najrozmaitszych kół gospodarczych, poczynając od przemysłu konfekcyjnego a kończąc na dziennikarzach sportowych — a o związku uzdrowisk polskich nie wspomniano. Wiadomości o uzdrowiskach ograniczono do suchego wyliczenia takich przedsiębiorstw w 13 wierszach druku; umieszczono nadto w spisie towarzystw Polskie Tow. Balneologiczne w Krakowie. Pośród przedsiębiorstw państwowych, w zestawieniach dochodów i rozchodów, wymieniono koleje państwowe i lasy państwowe, pocztę, telegraf i telefon, przedsiębiorstwa przemysłowe, handlowe i górniczo-hutnicze, ale o uzdrowiskach państwowych niema słowa. W małym Roczniku Statystycznym z r. 1931 i 1933, które mam pod ręką, o uzdrowiskach nie wspomniano, nawet w osobnym dziale, zatytułowanym „Zdrowotność publiczna" — ale jest tabliczka dotycząca fabryk zapałek. To wszystko daje miarę zainteresowania się sfer gospodarczych sprawą uzdrowisk.

Ten brak zainteresowania sprawami uzdrowisk jest zjawiskiem zdumiewającem. Więc w Polsce, chlubiącej się słusznie wielkiem bogactwem wód mineralnych i innych produktów zdrojowych oraz wielką rozmaitością klimatu, czynników przedstawiających całą skarbnicę wpływów leczniczych, sprawa uzdrowisk jest tak bagatelna, że nie warta omówienia a nawet wzmianki w publikacjach półurzędowych czy urzędowych, poświęconych sprawom gospodarczym! Czy jesteśmy tak bogaci, że wolno nam ignorować źródło, mogące przynieść duże dochody?

W zdrojowiskach naszych przed kilku laty objawił się żywy ruch budowlany i zdawało się, że zdrojownictwo nasze porwie się do rozwoju na miarę europejską. Ale przyszedł okres kryzysu, wspomniany ruch ustał i wszystko zaczyna się dziać po dawnemu. Z czasów pomyślności zostały gmachy, z któremi dzisiaj jest trochę kłopotu. Bo pracowano na efekt i na to, aby zaraz zgarnąć plony pracy. Nie wyzyskano odpowiedniej chwili do wprowadzenia w życie planów regulacyjnych, do poprawy komunikacji, nie pomyślano o eksporcie wód mineralnych na większą skalę, o ułatwieniach dla kuracjuszów. Jedynym podobno, bardzo skromnym zresztą, objawem pomysłowości niektórych uzdrowisk było wprowadzenie t. zw. kuracyj ryczałtowych. Brak w naszej gospodarce uzdrowiskowej tego motoru, któryby popychał naprzód, któryby planowo dążył do wyciągnięcia naszych uzdrowisk z tego szlendrjanu, w którym je pogrążyła polityka zaborców. Oczywiście są wyjątki, ale te wyjątki właśnie dowodzą, że mogłoby być wszędzie lepiej.

W pierwszym rzędzie powołanym czynnikiem postępu uzdrowisk są z natury rzeczy właściciele. Własność uzdrowiska nakłada na właściciela pewne obowiązki. Wszak uzdrowiska, nawet formalnie, ustawowo, uzyskują charakter użyteczności publicznej. Skarby ziemi i klimatu, które przyroda złożyła w miejscowości uzdrowiskowej, mają służyć ogółowi do pokrzepienia sił i leczenia cierpień. Toteż właściciel uzdrowiska, będący szafarzem tych skarbów, ma je oddać potrzebującym w stanie nieskażonym i w postaci jaknajwięcej odpowiedniej. Zastrzeżenia w tym kierunku, daleko sięgające, zawiera ustawa o uzdrowiskach z r. 1922.

Oczywiście właściciel musi mieć z uzdrowiska dochody: fundusze na potrzeby własne i fundusze na potrzeby uzdrowiska. Zaniknął już u nas — jak się zdaje bezpowrotnie — ten typ właściciela, który uważał swoje zdrojowisko jedynie za źródło dochodów, który lwią część dochodów obracał na potrzeby niezwiązane z uzdrowiskiem, przeznaczając „na inwestycje", a częściej tylko „na konserwację", jakiś nieznaczny procent z dochodu. Chcemy, aby nie było także właścicieli typu obojętnego, który zadowalnia się, że związał koniec z końcem. Pragniemy, aby zapanował typ górny, ożywiony ideą, właściciel, który pracuje nietylko dla chwili obecnej ale także dla przyszłych pokoleń.

Prowadzenie uzdrowiska zobowiązuje właściciela do obeznania się z gospodarstwem uzdrowiskowem. Potrzebne mu są poważne studja teoretyczne i praktyczne. Właściciel znający przedmiot inaczej wyzyska rady i pomoc lekarza, technika, klimatologa, aniżeli właściciel, który potrzebnych wiadomości nie posiada. W ostatnich latach zdarza się, że właściciele udają się zagranicę na specjalne studja, aby zdobyte wiadomości następnie spożytkować w uzdrowiskach własnych. Sądzę, że także niektóre nasze uzdrowiska nadawałyby się do takich studjów, studjów, które gorąco polecamy.

Właściciel nie może nigdy uważać swojej pracy koło zakładu za skończoną, nie wolno mu spoczywać na laurach zdobytego powodzenia. Jak obecnie wszędzie, tak i w dziedzinie zdrojownictwa, w świecie cywilizowanym zaznacza się postęp, stały acz powolny [2]). Niech więc właściciele śledzą pilnie — a krytycznie ten postęp.

Właściciel uzdrowiska przelewa pewne swoje obowiązki na zarząd uzdrowiska, który jest wykonawcą jego woli

[1]) Artykuł napisany w sierpniu 1933.

[2]) Dr. W. Graba-Łęcki: Inwestycje sanitarno-techniczne w zdrojowiskach zagranicznych i krajowych. Przegląd Zdrojowo-kąpielowy. Nr. 8. 1933 r.

i spełnia administrację zakładu. Jest zrozumiałe, że w okresie największego zjazdu gości — w sezonie głównym — zarząd jest obarczony wielką pracą, szczególnie, gdy się uwzględni pewną nerwowość przybyszów, nielubiących czekać i pragnących wyzyskać czas pobytu w uzdrowisku już od pierwszej chwili. Toteż funkcjonarjusze zarządu przechodzą w ciągu paru tygodni prawdziwą szkołę wytrzymałości i cierpliwości. Rzeczą właściciela jest uprościć urzędowanie przy odprawianiu gości do tego stopnia, aby obie strony — urzędnicy zarządu i kuracjusze — doznały jaknajwiększych ułatwień i skrócenia postępowania. Przedewszystkiem należałoby scentralizować wszystkie interesy gości w jednym budynku, ile możności nawet w jednej ubikacji. Jawienie się osobiste gościa w biurach trzeba ograniczyć do wypadków bezwarunkowej konieczności a w wielkiej mierze korzystać z pośrednictwa służby pensjonatów czy hoteli, służby odpowiednio kwalifikowanej i wyposażonej w pełnomocnictwa oraz należycie kontrolowanej. Lokale przeznaczone dla interesentów z grona gości kąpielowych powinny być dość obszerne i tak urządzone, aby gość przez czas czekania nie musiał stać, ale mógł siedzieć. Byłoby zapewne możliwe wydawać w czasie większego napływu interesentów numery porządkowe i przyjmować następnie zgłaszających się porządkiem numerów. Sposoby, które proponuję, należałoby opracować w szczegółach i w miarę możności wypróbować w praktyce. Śmiem twierdzić, że ze względu na wygodę gości kąpielowych byłaby usprawiedliwiona osobna budowa dla biur zarządu, ewentualnie wspólna z komisją uzdrowiskową i zwierzchnością gminną.

Parę słów chcę poświęcić nieco drażliwemu u nas stosunkowi właścicieli uzdrowisk i zarządów do lekarzy-gości kąpielowych. Utarł się także u nas zwyczaj, że lekarze, ich żony i dzieci będące na ich utrzymaniu są wolni od opłaty taksy kuracyjnej oraz opłat za kąpiele i inne zabiegi lecznicze. Według ankiety zebranej przez Międzynarodowe Zrzeszenia zawodowe lekarzy (A. P. J. M.[3]) Polska należy (obok Austrji, Belgji, Danji, Francji, Niemiec, Norwegji i Węgier) do tych krajów, które sprawę powyższą traktują najliberalniej, podczas gdy np. w Anglji, Rumunji, Szwajcarji i Szwecji są pewne ograniczenia, a w Holandji wcale się nie udziela ulg lekarzom. Mimo to lekarze polscy mają pewne pretensje do niektórych zarządów uzdrowisk, nietyle spowodu ograniczeń np. co do godzin i liczby kąpieli, ile raczej spowodu kwaśnej miny, z jaką ulgi bywają dawane.

Uzasadnienie wyjątkowego traktowania lekarzy stanowi chęć dania im łatwej sposobności do wypróbowania środków leczniczych uzdrowiska na sobie względnie także na członkach swojej rodziny a również sposobności do bliższego wglądu w gospodarkę uzdrowiska. Nie może tu wchodzić w grę chęć materjalnego wynagrodzenia lekarza za popieranie uzdrowiska — *pro praeterito* czy *pro futuro*. Stosunek między właścicielem i zarządem uzdrowiska z jednej a lekarzem, gościem uzdrowiska, z drugiej strony musi być jasny i szczery. Jeżeli dzisiejsza praktyka ulg jest uciążliwa dla właścicieli, to należy kwestję poddać rewizji i zadecydować, czy, kto i jakie ulgi ma otrzymywać. Jeżeli ulgi nadal mają być lekarzom udzielane, to należy funkcjonarjuszów zarządów, interwenjujących w tych sprawach, nastroić w ten sposób, aby przy takiej funkcji uznawali w lekarzu osobę godną szczególnej uwagi i zajmującą w uzdrowisku wyjątkowe, honorowe stanowisko. (Przypominam niemieckie i węgierskie *„Ehrenkarten“)*. (Przed paru laty zakład w Iwoniczu rozesłał lekarzom „Karty honorowe“).

Rola nadzorcza w uzdrowiskach przypada w myśl zasadniczej ustawy sanitarnej z r. 1919 i ustawy o uzdrowiskach z roku 1922 w ł a d z o m p a ń s t w o w y m. Ingerencja władz jest wielka, sięgająca nawet tak daleko, że w wypadku rażących zaniedbań ze strony właściciela możliwe jest wywłaszczenie uzdrowiska. Organem doradczym Ministerstwa jest sekcja do spraw zdrojowisk i uzdrowisk, istniejąca w łonie Państwowej Naczelnej Rady zdrowia. Sekcja ta może być czynnikiem inicjatywy obok właściciela i regulować stosunki w uzdrowiskach. Sądzę, że materjał do prac swoich Sekcja czerpie przez delegatów, którzy badają stosunki uzdrowisk na miejscu, szukając kontaktu z kołami lekarzy i z kuracjuszami, zrzeszonymi w wielu miejscach w stowarzyszenia przyjaciół uzdrowiska.

Przegląd Zdrojowo-kąpielowy w Nr. 1 z r. 1933 ogłosił protokół z posiedzenia Sekcji uzdrowiskowej, odbytego w dniu 18 stycznia 1933. Nader ożywiona debata i wnioski czterech referentów dają chlubne świadectwo pracowitości i szerokiemu zainteresowaniu Sekcji. Wnioski do referatu p. t. „Rażące braki zdrojowisk polskich“, najbliższe myśli niniejszego artykułu, wyczerpują temat, obejmując prawie zupełny plan gospodarstwa uzdrowiskowego. Oby tylko nie poszły do kosza! Zachodzi obawa, że wywody podane w formie tez teoretycznych będą mniej przekonywujące, aniżeli mogłyby być wskazania konkretne dla poszczególnych uzdrowisk. (Zarzut, który spotkałby w tym względzie także autora, byłby niesłuszny, ponieważ celem autora nie jest opracowanie konkretnych wniosków co do poszczególnych uzdrowisk, ale jedynie naszkicowanie dróg, które mogą prowadzić do sanacji naszych uzdrowisk).

Banalnością nazwać można apel do skarbu Państwa o udzielenie pomocy uzdrowiskom potrzebującym. Cowięcej, w chwili obecnego stanu skarbu Państwa apel taki jest podobno nie naczasie. A jednak. Właściciel niejeden, ożywiony najlepszemi chęciami, poniósłszy straty w czasie wojny i po wojnie, o własnych siłach nie zdoła dokonać tego, czego potrzeba, aby dostosować uzdrowisko do dzisiejszych wymagań. Jakżeż wdzięczne pole działania Sekcji uzdrowiskowej! Niechże ona stwierdzi, które uzdrowiska, ze względu na walory lecznicze i ze względu na osobę właściciela oraz jego zasoby finansowe, mają być uwzględnione. Możnaby ustalić pewną kolejność uzdrowisk zasługujących na pomoc państwową. Pomoc ta niekoniecznie musiałaby być gotówkowa, ale obejmowaćby mogła np. poszukiwanie nowych źródeł mineralnych, zbadanie wód mineralnych, określenie klimatu, opracowanie planu regulacyjnego i planu prac potrzebnych do postawienia zakładu na nowoczesnej stopie, ułatwienie zdobycia terenów niezbędnych do rozwoju uzdrowiska. Czy wydawanie grosza państwowego na takie cele byłoby uzasadnione? Niewątpliwie. Wszak uzdrowiska są dobrem publicznem, służącem zdrowiu społeczeństwa, posiadają więc znaczenie wybitnie społeczne. Skąd zresztą mogłaby przyjść pomoc? Chyba z istniejącego zrzeszenia właścicieli uzdrowisk, które niestety nie odpowiedziało zadaniu, jak wykazuje doświadczenie od przeszło lat 20-u, głównie podobno spowodu braku należytej organizacji związku i braku wystarczających kapitałów.

Dalszym, niezmiernie ważnym czynnikiem w uzdrowisku jest l e k a r z z a k ł a d o w y (zdrojowy, kąpielowy, klimatyczny). Lekarza tego mianuje Komisja uzdrowiskowa, a zatwierdza Minister. „Jeżeli lekarz ten nie posiada odpowiednich kwalifikacyj“, Minister ma prawo żądać od Komisji przyjęcia innego lekarza. Niestety zapowiedziana ustawą z r. 1922 instrukcja dla lekarza uzdrowiskowego dotychczas nie została wydana i niewiadomo, jakie mają być wspomniane „odpowiednie kwalifikacje“. Godzi się tu przypomnieć instrukcję dla lekarzy zdrojowych (zakładowych), wprowadzoną na zasadzie ustawy krajowej z 4. XI. 1891 przez b. Namiestnictwo galicyjskie w latach 1893 i 1894 w znaczniejszych uzdrowiskach Małopolski. Według tej instrukcji lekarz chcący uzyskać posadę lekarza zdrojowego (zakładowego) oprócz innych kwalifikacyj powinien posiadać „najmniej dwuletnią praktykę w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu“ oraz „znajomość balneologji, której dowodem ma być albo praca z dziedziny balneologji albo też świadectwo stwierdzające, że kandydat pracował poprzednio w innych większych zdrojowiskach, zwłaszcza zagranicznych“. Spis obowiązków lekarza zakładowego jest bardzo długi i bardzo szczegółowy, a obejmuje nadmiar spraw związanych z higieną i lecznictwem. Jeżeli właściciel dostarczy środków — powiada instrukcja — winien lekarz zakładowy przedsiębrać podróże dla zwiedzenia celniejszych zakładów i celem zniesienia się z lekarzami praktykującymi w większych miastach, aby ich zapoznać z ulepszeniami wprowadzonemi w zakładzie i nawzajem poznać ich życzenia co do dalszych ulepszeń w zdrojowisku.

Tak brzmi instrukcja dla lekarza zakładowego w b. Galicji formalnie jeszcze dzisiaj obowiązująca, podobnie jak obowiązują stare statuty uzdrowisk (o ile nie sprzeciwiają się postanowieniom polskiej ustawy o uzdrowiskach).

Bezsporne jest z pewnością nasze twierdzenie, że lekarz zakładowy powinien być duszą zakładu, oczywiście w znaczeniu poważnem. Trzeba, aby był w dużej mierze naukowcem, bo tylko taki lekarz może posiadać należyty autorytet i może być pożytecznym doradcą właściciela. Ale też taki lekarz musi mieć dostateczne zabezpieczenie materjalne, nietylko na sezon, ale na cały roku względnie na szereg lat. Oprócz podróży wspomnianych w instrukcji b. Namiestnictwa galicyjskiego do obowiązków jego powinny należeć prace w zakładach uniwersyteckich, pozostające w związku z zagadnieniami nasuwającemi się w danem uzdrowisku. Pożądane jest, aby wykonywał praktykę lekarską w uzdrowisku, bo przy tej sposobności może czynić spostrzeżenia co do wyników leczenia i poznać życzenia kuracjuszów. Samo przez się rozumie się, że wykonywanie prywatnej praktyki lekarskiej nie powinno przeszkadzać spełnianiu obowiązków służbowych lekarza zakładowego.

---
[3]) Revue Internationale de Médecine Professionelle et Sociale. Sierpień 1933.

Aby stworzyć tego rodzaju typ lekarza uzdrowiskowego, Towarzystwo Balneologiczne krakowskie stawia od szeregu lat postulat utworzenia naukowego Instytutu balneologicznego, a żądanie to powtórzyli w swoich wnioskach wszyscy referenci posiedzenia Sekcji uzdrowiskowej, o którem wyżej była mowa. Nie będę się silił na uzasadnienie słuszności tego żądania, gdyż uczyniono to już w sposób doskonały. Obecnie sprawa powstania Polskiego Instytutu Balneologicznego poczyna wchodzić na realne tory. Ale zapewne jeszcze czas dłuższy przyjdzie nam czekać na otwarcie Instytutu. A nie mogą już dłużej być pozbawione odpowiednich kierowników lekarskich nasze uzdrowiska. Toteż zanim powstanie Instytut balneologiczny, trzeba wyzyskać to, co istnieje, celem jaknajrychlejszego wykształcenia zastępu lekarzy uzdrowiskowych.

Program wykładów Uniwersytetu J. K. we Lwowie obejmuje jednogodzinny wykład w III trymestrze p. t.: „Farmakodynamja soli wód mineralnych zdrojowisk polskich" oraz dwugodzinne w tygodniu wykłady p. t.: „Hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa" i „Klimatoterapja ze szczególnem uwzględnieniem leczenia gruźlicy" — każdy w innym trymestrze. Nadto odbywają się wycieczki studentów do uzdrowisk pod przewodnictwem profesora. Podobne wykłady i takie same wycieczki istnieją także na innych naszych wydziałach lekarskich. Otóż słuchanie tych wykładów, może nieco rozszerzonych, mogłoby być oznaczone jako obowiązkowe, a gdyby przy egzaminach z interny przedmiot ten uwzględniano, studenci musieliby się z nim zapoznać. Ponadto możnaby zobowiązać kandydatów pragnących pracować w uzdrowiskach do odbycia w ciągu przepisanej jednorocznej praktyki specjalnych studjów praktycznych np. przez 3 miesiące w zakładzie uzdrowiskowym i tyleż w zakładzie wodoleczniczym, poczem uzyskiwaliby prawo zajmowania stanowisk lekarzy uzdrowiskowych. Czy takie przygotowanie byłoby wystarczające, musiałyby rozważyć sfery decydujące.

Jak sobie wyobrażam współpracę lekarza zakładowego z klimatologiem, rozciągającą się na szereg sezonów, o której wspomniałem w artykule I. (P. G. L. Nr. 20. z r. 1933)? Przedewszystkiem, co ma czynić lekarz w tej spółce? Oto ma wskazać klimatologowi, jaki może być wpływ poszczególnych elementów klimatu na zdrowie ludzkie, przez co zwróci jego uwagę na najbardziej ważne szczegóły badania. Z drugiej strony lekarz dokona zbadania oddziaływania na ustrój ludzki zjawisk klimatycznych, wskazanych przez klimatologa. Lekarz ten oczywiście musi posiadać odpowiednie do tej pracy wiadomości i potrzebne urządzenia. Jak przeprowadzić pracę klimatologa na terenie uzdrowisk? Nie sądzę, aby obecność takiego badacza w uzdrowisku musiała trwać przez cały sezon, przeciwnie może on odbywać perjodyczne objazdy miejscowości przydzielonych do zbadania. Nadawaliby się do tego, w okresie wakacyjnym, asystenci katedr uniwersyteckich, a pod ich kierunkiem studenci wyższych lat jako obserwatorowie w poszczególnych uzdrowiskach. Sądzę, że badania te nie stanowiłyby wielkich trudności dla katedr uniwersyteckich; obciążyłyby, coprawda, budżet uzdrowisk, ale przyczyniłyby się znacznie do sprecyzowania wskazań lekarskich dla poszczególnych uzdrowisk — i z tego punktu widzenia uważam je za konieczne.

Czynnikiem niemniej ważnym dla uzdrowisk są l e k a r z e p r a k t y c y. Niewątpliwie tylko w małej części przypadków kuracjusze udają się do uzdrowisk z własnego wyboru, w regule osoby potrzebujące leczenia zasięgają porady lekarza domowego, który wskazuje najodpowiedniejsze jego zdaniem uzdrowisko. Nie jest przeto obojętną dla uzdrowiska opinja, jaką posiada u lekarzy. Lekarze praktycy powinni wiedzieć, jak się pracuje i co zdziałano w każdem uzdrowisku, a informacje potrzebne mogłyby dawać sprawozdania opracowane wspólnie przez komisję uzdrowiskową i lekarza zakładowego, a rozsyłane corocznie lekarzom (zamiast dzisiejszych banalnych broszur propagandowych), albo przynajmniej drukowane w czasopismach lekarskich. Jeszcze pożyteczniejsze byłoby osobiste poznanie uzdrowisk przez lekarzy praktyków przy sposobności wycieczek gremjalnych, które wprawdzie dawno są zapoczątkowane, ale odbywają się zbyt rzadko i obejmują zazwyczaj zbyt małe grono lekarzy. Wycieczki te nie powinny powodować większych kosztów dla właścicieli.

Oczywiście w zespole lekarzy, którzy pracują na powodzenie uzdrowiska, bardzo ważną rolę odgrywają lekarze wykonujący praktykę w uzdrowisku. Im wyższy ich poziom naukowy, im mniej opanował ich pracę szablon, im większa i szczersza ich troska o zdrowie kuracjusza, tem pewniejsze powodzenie chorego i, co za tem idzie, uzdrowiska. Stały kontakt lekarzy ordynujących w uzdrowisku z kierownictwem łazienek, zakładu wodoleczniczego, kąpieli powietrznych i słonecznych, pijalni wód, jadłodajni i t. d. uważam za jeden z koniecznych warunków pomyślnego wyniku leczenia.

Muszę wspomnieć o pewnej organizacji nowszej daty, godnej szczerego uznania. Mam na myśli Koła (związki) lekarzy, które powstały w licznych, a może nawet we wszystkich znaczniejszych uzdrowiskach. Koła te, skupiające lekarzy ordynujących w danem uzdrowisku, mają duże znaczenie, gdyż łączą lekarzy towarzysko i mogą rozwinąć działanie w imię solidarności zawodowej a także na polu naukowem, wreszcie jako organ wspierający radą właściciela i komisję uzdrowiskową. Mogą one wyrażać swoją opinję odważnie jako głos ogółu lekarzy, a głos ten powinien wiele ważyć u czynników decydujących, jakoże wychodzi z grona osób szczególnie dobrze znających przedmiot. Jedną tylko mamy pretensję do niektórych Kół: za mało chwalą się swojemi pracami. Sprawozdania kół po każdym sezonie, choćby tylko krótkie, możnaby ogłaszać w czasopismach lekarskich albo w sprawozdaniach uzdrowisk, rozsyłanych lekarzom. Z pewnością chętnie i z korzyścią będzie je czytał ogół lekarzy polskich. Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. H. HILAROWICZ, adjunkt kliniki. Lwów.
Dr. E. MICHAŁOWSKI, st. asyst. kliniki.

Badania doświadczalne nad wpływem myostrjatolu na regenerację.

Z Kliniki chirurgicznej (Prof. Dr. T. O s t r o w s k i) i Zakładu Farmakologji (Prof. Dr. W. K o s k o w s k i) U. J. K. we Lwowie.

Zagadnienie możliwości wspomagania ustroju w jego naturalnej dążności do odnowy tkanek i wyrównywania ubytków jest chyba tak stare jak sama chirurgja; pomoc ta jest bowiem jednem z głównych jej zadań.

Rozwój chirurgji w ostatnich latach, wyzwolenie się jej z ciasnych ram rękodzieła przez ścisłe zbliżenie do biologji, fizjologji, chemji a zwłaszcza chemjofizyki musiały rzucić na tę sprawę nowe światło a uzasadniając stare, dawniej raczej intuicyjnie stosowane sposoby, stworzyły cały zastęp nowych.

W szeregu zjawisk biologicznych spotykanych w przebiegu odnowy tkanek na pierwszy plan wysuwa się rola naczyń krwionośnych jako części układu zapewniającego wyrównywanie zaburzeń przemiany materji w obrębie tkanek uszkodzonych, regulację stałych życiowych komórki i dowóz potrzebnej jej związków. Dawne pojęcia o przekrwieniu jako zjawisku towarzyszącem gojeniu i o zapaleniu jako zjawisku pożytecznem (H u n t e r), prace B i e r a nad przekrwieniem biernem i czynnem i jego wskazania do zastosowania tychże, a wreszcie nowsze zdobycze na polu czynności układu współczulnego oraz chemjo-fizyki tkanek stanowią jeden łańcuch myśli o wielkiem znaczeniu naczyń krwionośnych dla regeneracji.

Odpowiednio do tego i działanie większości środków leczniczych, któremi rozporządza chirurgja, oparte jest na wpływie ich na ukrwienie. I tak sposoby fizjo-terapeutyczne od *ferrum candens* i baniek aż do nowoczesnych aparatów działają na nie zapomocą bodźców mechanicznych, cieplnych, świetlnych, elektrycznych; chemoterapja ran dąży do tego celu np. zapomocą podawania pewnych jonów (K) rozszerzających naczynia włosowate, lub stara się zmienić przepuszczalność ścian tych ostatnich. Wreszcie chirurgja operacyjna rozporządza dziś szeregiem zabiegów na układzie współczulnym, jak gangljektomja, ramisekcja, wycięcie okołotętnicze, sympatykodiafereza chemiczna i inne, działających za pośrednictwem korzystnych zmian w ukrwieniu, a stosowanych nietylko przy właściwych schorzeniach naczyń lecz i w takich stanach jak gruźlica, b r a k z r o s t u k o s t n e g o, wrzody podudzia, zmiany stawowe, zapalenie szpiku przewlekłe i wiele innych; wskazania te są oparte częściowo na badaniach doświadczalnych (p. n.).

Wspomnieć nakoniec należy o wycinaniu jednego nadnercza — jako operacji stosowanej w ostatnich czasach również w celu poprawy ukrwienia ogniska chorobowego.

Osobny dział lecznictwa stanowią używane w ostatnich latach w medycynie wewnętrznej różne środki działające ogólnie na układ krwionośny, które znalazły zastosowanie także w chirurgji. Należą tu poza lekami takiemi jak jod, azotyn sodowy, papaweryna i i., przedewszystkiem acetylocholina, zasada aminowa wprowadzona przez V i l l a r e t a i B e s a n ç o n a do lecznictwa schorzeń naczyniowych; powoduje ona rozszerzenie naczyń obwodowych i obniżenie ciśnienia krwi w stopniu o wiele

silniejszym jak cholina, uważana przez niektórych (Gautrelet) za prawidłowo w ustroju krążącego antagonistę adrenaliny. Acetylocholinę stosowano w różnych schorzeniach chirurgicznych jak chorobie Buergera, Raynauda, wrzodach podudzia, różnego rodzaju martwicach, odleżynach poczęści z dobrym skutkiem. Wspomnieć należy dalej o histaminie, innej zasadzie aminowej, którą dla jej własności rozszerzających naczynia obwodowe zwłaszcza głowy, zastosowaliśmy w klinice w kilku przypadkach plastyk, dla poprawy odżywienia płatów skórnych, oraz o insulinie polecanej przez Ambarda, Boyera i Schmidta w przypadkach zwężenia koryta naczyniowego niecukrzyczych o działaniu niezupełnie jasnem.

Aktualna w ostatnich czasach sprawa istnienia w ustroju jakiejś substancji działającej wybiórczo regulująco na narząd krążenia, zwłaszcza jego część obwodową, musiała też zainteresować chirurgów.

Po odkrytych przez Mora i Haberlandta wyciągach z serc i części szkieletowych zwierzęcych oraz wyciągach wątrobowych Zuelzera znaczenie praktyczne uzyskała kalikreina (padutyna) odkryta przez Frey'a i Krauta; badacze ci wychodzą z założenia, że regulacja krążenia nie podlega wyłącznie układowi wegetatywnemu, ale że niepoślednie znaczenie odgrywają tu i wpływy hormonalne, przyczem nieraz hormon stanowi dopiero fizjologiczny bodziec dla układu nerwowego. Frey i Kraut stwierdzili obecność hormonu wytwarzanego w trzustce zupełnie odrębnego od insuliny, działającego odwrotnie jak adrenalina, a rozszerzająco na najmniejsze naczynia obwodowe płuc, skóry, mózgu, mięśni i kończyn, wskutek czego przychodzi do przesunięcia krwi z obszaru trzewnego. Odpowiednio do tego kalikreina była polecaną przez odkrywców jako środek leczniczy wszędzie tam, gdzie chodzi o lepszy przepływ krwi: używano jej przy chromaniu przestankowem, dusznicy bolesnej, martwicy kończyn, chorobie Buergera, Raynauda, schorzeniach przewlekłych stawów nieswoistych, żylakach i w. i., poczęści z dobrym skutkiem, jakkolwiek niebrak i opinij ujemnych. Inne środki tej grupy jak wytworzony przez Gley'a i Kisthiniosa ekstrakt z trzustki działający hipotensyjnie, rozszerzająco na naczynia a bez wpływu hipoglikemicznego (angioksyl) oraz wyciągi z serca i z mięśni szkieletowych jak lakarnol, myoston, myol, myostrat znalazły podobne, choć mniej rozległe zastosowanie.

Nas zaintersował szczególnie z tej grupy leków preparat polski myostrjatol uzyskany z mięśni szkieletowych cieląt przez Dadleza i Koskowskiego[1]). Preparat ten wolny od ciał białkowych i lipoidowych a, co najważniejsze, od histaminy i peptonów, zachowuje się też nieco odmiennie od kwasu adenozynofosforowego zawartego w myolu (myostonie) i lakarnolu. Działanie jego polega głównie na rozszerzaniu naczyń obwodowych, gdyż działa też u zwierzęcia z przeciętym rdzeniem, a ciśnienie krwi podwyższone przez drażnienie końca obwodowego przeciętego nerwu trzewnego pod wpływem myostrjatolu obniża się. Ważnem jest bardzo antagonistyczne zachowanie się myostrjatolu względem adrenaliny, której nadmiar we krwi ma pozostawać przecież w związku z zaburzeniami ukrwienia kończyn przy chorobie Buergera (Oppel i i.). Jakkolwiek istota i rodzaj działania substancyj rozszerzających naczynia obwodowe zawartych w myostrjatolu nie są jeszcze dokładnie wyjaśnione, faktem jest, że jego działanie hipotensyjne w doświadczeniu, a więc u zwierzęcia zdrowego jest silniejsze jak innych pokrewnych preparatów.

Zastosowanie kliniczne myostrjatolu ma już swoje dość obfite piśmiennictwo. Interesujące dla nas są wyniki Goertza[2]) z lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych, który uzyskał, obok długotrwałych obniżek ciśnienia krwi przy chorobach serca i tętnicy głównej, również poprawę oddechu w 3 przypadkach ucisku mechanicznego, spowodowanego guzami śródpiersia, co odnosi do działania rozszerzającego myostrjatolu na naczynia krwionośne płuc, powiększenia powierzchni wymiany gazów i stąd ulgi subjektywnej. Goertz ustala jako wskazania do stosowania myostrjatolu przedewszystkiem nadciśnienie na tle miażdżycy tętnic, przy t. zw. nadciśnieniu pierwotnem, także zmiany naczyniowe w różnych narządach; wspomina też o cukrzycy, jeżeliby ta była wynikiem zmian naczyniowych w trzustce, przyczem leczenie myostrjatolem byłoby próbą poprawy ukrwienia tejże. Podnosi dalej wartość ukrwienia myostrjatolu w porównaniu do różnych preparatów obcych jak myostonu, lakarnolu, padutyny, angjoksylu, kwasu adenozynofosforowego i acetylo-choliny, z których żaden nie dał wyników tak stałych i długotrwałych, bez żadnych objawów ubocznych, jak myostrjatol, a zwraca wreszcie uwagę na teorję Langego, według którego w wyciągach z narządów po usunięciu histaminy i adenozyny pozostaje jeszcze jakieś ciało bliżej nieznane a silnie czynne, o działaniu przy częstych dawkach trwałem, co odpowiada według Goertza w zupełności działaniu myostrjatolu, jako hormonu regulującego krążenie. Czeżowska[3]) widziała korzystne działanie myostrjatolu w stanach nadciśnienia wskutek działania rozszerzającego drobne naczynia i zmniejszenia oporów w krążeniu i podnosi jego wartość dla leczenia miejscowych zaburzeń krążenia na tle angjospastycznem.

Korzystne wyniki przy chorobie Buergera i stanach pokrewnych uzyskał Domaszewicz[4]) zapomocą myostrjatolu.

Celem naszych doświadczeń było stwierdzenie, czy zapomocą dłuższy czas stosowanych zastrzyków myostrjatolu u zwierzęcia uda się uzyskać wpływ pobudzający na odrastanie. Doświadczeń takich, o ile nam wiadomo z piśmiennictwa, dotąd nie wykonywano. Z innych analogicznych badań doświadczalnych interesują nas tu przedewszystkiem dwa kierunki: pierwszy — to próby wpływania na proces odrastania zapomocą rozmaitych hormonów i zagadnienie istnienia hormonu ran, czy hormonu odrostowego, drugi — to kierunek doświadczeń nad wpływem zabiegów na układzie sympatycznym i związanych z niemi zmian w ukrwieniu na odrastanie.

Pierwsze myśli w kierunku istnienia specjalnych hormonów działających na komórkę pobudzająco w celu odnowy pochodzą od Biera; w kierunku tym pracowali dalej Fraenkel, Lorin-Epstein, Ascher, Gaza, którzy na podstawie swych doświadczeń uznają istnienie hormonu ran, niekoniecznie identycznego z jednym ze znanych inkretów i niebędącego też produktem rozpadu tkanek w miejscu uszkodzonem.

Obok dawniejszych doświadczeń Ajevoli'ego, Voronofa, Natale i Midana, Marino, Siciliani'ego, Cecarelligo, Brezovsky'ego i i., którzy wykazali pobudzający wpływ różnych substancyj z gruczołów dokrewnych na odrastanie, należy wspomnieć o pracy Laubera, który wykazał wpływ takiż przy podawaniu prolanu, undenu, padutyny w stopniu silnym, hipofizyny, adrenaliny w słabym. Do tej grupy badań należą też próby pobudzania procesu zrostu kostnego zapomocą autolizatów z kości (Henschen), z kostniny (Seemen), z epifiz młodych zwierząt (Zawisch-Ossenitz), z tkanki kostnej embrjonów (Hofmeister), przeważnie uwieńczone wynikiem pozytywnym; szczególny nacisk chcemy położyć na doświadczenia Seemena i Hempla, którzy autolizatami z kości uzyskali w zmiażdżonej muskulaturze tworzenie się tkanki kostninowej.

Drugi interesujący nas pośrednio kierunek badań doświadczalnych nad wpływem unerwienia współczulnego i ukrwienia na odrastanie obejmuje mnóstwo prac, jak Lieka, Leriche'a, Leriche - Fontaine'a, Placentianu, Dobrzanieckiego, Schönbauera i Whitakera — według których następujące po sympatektomji czy gangljektomji przekrwienie wywołuje przyśpieszenie gojenia się ubytków, szybsze zwalczanie zakażenia, łatwiejsze przyjmowanie się przeszczepów nabłonkowych, przyśpieszenie zrostu kostnego.

Doświadczenia nasze obejmują dwie grupy. W grupie pierwszej badaliśmy wpływ myostrjatolu na gojenie się ubytków wytworzonych na tle chorobowem o rozmyślnie zmniejszonej dążności do gojenia się, a więc sztucznych wrzodów troficznych u zwierzęcia, w grupie drugiej tenże wpływ na gojenie się ubytków o podłożu tkankowem prawidłowem.

Doświadczenia grupy pierwszej wykonywaliśmy zrazu na królikach, później na psach, gdyż u pierwszych w liczbie 6 nie mogliśmy uzyskać wrzodów troficznych na łapach po przecięciu nerwu kulszowego prostem oraz z odmianą Sosson-Jaroszewicza. Natomiast u psów zapomocą tego ostatniego sposobu uzyskaliśmy u wszystkich osobników ubytki na grzbietowej stronie łap bez dążności do samoistnego gojenia się. Metoda ta polega na przecięciu nerwu kulszowego i wszyciu końca dośrodkowego tegoż w mięśnie uda; powstające później w bliźnie mięśniowo-nerwowej bodźce mają według S. J. drogą centrypetalną przenosić się na ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu a powodując stały stan spastyczny naczyń kończyny ułatwiać szczególnie powstanie na niej niegojących się owrzodzeń. Bez względu na słuszność dociekań teoretycznych S. J. i jego zapatrywań na sprawę istnienia oddzielnych włókien troficznych i naczynioruchowych wydawało się nam przedewszystkiem ciekawem, czy zapomocą systematycznego wprowadzania myostrjatolu uda się dzięki jego własnościom obwodowego rozszerzania naczyń przeciwdziałać następstwom tego rodzaju sztucznie stworzonego

[1]) Polska Gazeta Lekarska 1932. Nr. 27.
[2]) Polska Gazeta Lekarska 1932. Nr. 27.
[3]) Polska Gazeta Lekarska. 1932. Nr. 38.
[4]) Polska Gazeta Lekarska. 1932. Nr. 20, 378.

usposobienia do wrzodów, względnie uleczyć już wytworzone ubytki.

Grupa ta obejmuje 7 doświadczeń, z tych 2 zwierzęta kontrolne oraz 5 zwierząt otrzymujących myostrjatol; wszystkie zwierzęta operowano jednakowo metodą Sosson-Jaroszewicza i utrzymywano w jednakowych warunkach. U trzech psów myostrjatol wstrzykiwano śródmięśniowo lub śródżylnie codziennie w ilości 1 cm³ od czasu, w którym pojawiły się na kończynach operowanych ubytki nieokazujące skłonności do gojenia się i powiększające się, które obserwowano w przeciągu 5—7 dni. Owrzodzenia troficzne występowały zazwyczaj w 7—9 dni po operacji. W jednem z doświadczeń wstrzykiwano myostrjatol od samego początku okresu pooperacyjnego w celu przekonania się, czy wobec stałości, z jaką występują owrzodzenia odżywcze na kończynie tylnej psa przy zastosowaniu sposobu Sosson-Jaroszewicza, uda się wykazać wpływ zapobiegawczy tegoż środka, względnie czy zaprzestanie wprowadzania go ułatwi na nowo powstanie owrzodzeń.

Wyniki tej grupy doświadczeń są jednoznaczne; u wszystkich 4-ch zwierząt udało się uzyskać szybkie wygojenie się owrzodzeń w porównaniu do 2 zwierząt kontrolnych, u których owrzodzenia obserwowane przez czas dłuższy nie miały dążności do samoistnego wyleczenia. Działanie zapobiegawcze myostrjatolu jest wyraźnem wobec tego, że owrzodzenie u psa otrzymującego myostrjatol od początku nie zjawiło się w odróżnieniu od psów kontrolnych, natomiast wystąpiło na nowo w 6 dni po zaprzestaniu podawania myostrjatolu po dniach 18. Podjęte następowo dalsze wstrzykiwania myostrjatolu spowodowały zabliźnienie się owrzodzenia.

W drugiej grupie doświadczeń nad wpływem myostrjatolu na gojenie się ubytków o podłożu prawidłowem wytwarzaliśmy u 6 królików ubytki skóry grzbietu wielkości 1×1 cm dokładnie oznaczonej zapomocą metalowej foremki. U 3 z tych królików wprowadzaliśmy myostrjatol śródżylnie lub śródmięśniowo w ilości 1/2 cm³ codziennie, oceniając postępy gojenia się, z wielkości ubytków oraz z czasu potrzebnego do zupełnego ich zagojenia się. 3 zwierzęta pozostały jako kontrolne. Już w 6 dniu po zabiegu można było zauważyć, że ubytki u zwierząt otrzymujących myostrjatol są mniejsze jak u kontrolnych, przyczem zupełne zagojenie się ubytków u tych ostatnich opóźniło się o 4—10 dni w porównaniu z zwierzętami pierwszemi.

Dok. nast.

Bronisław STĘPOWSKI. Kraków.

Hormony ciążowe w płynach ustroju.

Z Kliniki Położniczej i chorób kobiecych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. January Zubrzycki.

Ogłoszenie odnośnych prac Aschheima i Zondeka, które umożliwiło w praktyce wyzyskanie spostrzeżenia, że w czasie ciąży wydzielają się drogą nerek znaczniejsze ilości hormonów przedniego płata przysadki mózgowej, ułatwia w znacznym stopniu rozpoznanie ciąży w jej wczesnych okresach, ale pozostawia nadal szereg niewyjaśnionych zagadnień, będących w ścisłym związku z fizjologją życia płciowego kobiety. Cowięcej, usunięcie niektórych wątpliwości w tej dziedzinie spowodowało, że wyłoniły się nowe, o wiele ważniejsze tak, że nauka o hormonach płciowych, mimo rozlicznych prac im poświeconych, jakkolwiek bezsprzecznie posunęła się naprzód, dotąd wykazuje znaczne luki. I tak, zagadką pozostaje właściwe fizjologiczne znaczenie masowego wytwarzania przez ustrój hormonów w ciąży. Wprawdzie można przyjąć, że tworzenie hormonów przedniej części przysadki mózgowej ma wpływ na rozwój ciążowego ciałka żółtego, trudno jednak wytłumaczyć sobie, dlaczego w drugiej jej połowie, kiedy ciałko to już dawno uległo zmianom wstecznym, hormony przysadki znajdują się jeszcze w obiegu krwi w tak znacznej ilości. Równie niewyjaśniona jest sprawa stężenia hormonów przedniej części przysadki mózgowej we krwi i czynników, od których ono zależy. A takich zagadnień czekających na rozwiązanie jest więcej.

Przedmiotem badań jest dziś między innemi sprawa znachodzenia się hormonów ciążowych w sokach, wydzielinach i wydalinach ustroju kobiety ciężarnej. W istocie, wydaje się mało prawdopodobnem, aby nerki były jedyną drogą, którą odbywa się usuwanie nadmiaru hormonów ciążowych z ustroju tem bardziej, że, jak to stwierdził już Zondek, organizm kobiety ciężarnej jest jakby przesycony hormonami przedniej części przysadki mózgowej i jajnika. Jeśli doświadczenia Fränkla, Felsa, Goldbergera, Rungego, Hartmanna, Sieversa i innych wykazały, że hormon pęcherzykowy znajduje się we krwi kobiet ciężarnych w ilości już w pierwszych miesiącach ciąży bardzo znacznej (około 200—300 jedn. mysich w litrze krwi) i że ilość jego wzrasta pod koniec ciąży (do 1000 jedn. mysich i więcej w litrze krwi), to z drugiej strony hormony przedniej części przysadki mózgowej znachodzą się w tych okresach we krwi ciężarnej w ilości znacznie większej. Jeśli hormon pęcherzykowy da się wykazać w pierwszych miesiącach ciąży przez zastrzyknięcie myszce około 2 cm³ surowicy krwi, wystarczy ilość 0,1 cm³ surowicy, by stwierdzić obecność w niej hormonów przedniej części przysadki. W myśl obliczeń Zondeka krew ludzka zawiera w czasie całego trwania ciąży prawie dziesięć razy tyle hormonów przedniej części przysadki mózgowej, co hormonu pęcherzykowego, przyczem zagęszczenie HVH we krwi w pierwszych miesiącach ciąży jest największe, a potem nieco się zmniejsza tak, że z początkiem porodu ilość jego we krwi jest o jakie 20% mniejsza, niż na początku ciąży.

Mało prawdopodobnem jest wobec tego, aby hormony przedniej części przysadki mózgowej nie przedostawały się w ciągu trwania ciąży do rozmaitych narządów ustroju i nie znachodziły się tam w pewnej ilości. Rzecz prosta jednak, że wytwarzane i krążące we krwi w wielkich ilościach w czasie ciąży hormony przedniej części przysadki mózgowej nie w każdym narządzie i każdym soku ustrojowym dadzą się wykazać, gdyż mogą znachodzić się tam w ilościach tak małych, że stwierdzenie ich obecności stosowanemi dziś sposobami okaże się niemożliwością.

Sprawa ta dotąd nie jest wyjaśniona, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że poświęcono jej kilka cennych prac. Przez zastosowanie metody zaszczepiania kawałeczków odnośnych narządów niedojrzałym myszkom lub królicom udało się np. Aschheimowi i Zondekowi stwierdzić obecność hormonów przedniej części przysadki w błonie śluzowej jajowodu kobiety ciężarnej oraz w doczesnej ściennej. Stwierdzono również obecność tychże hormonów w łożysku, ciałku żółtem ciążowem i w tkankach płodu, wydobytego z łona matki, jakkolwiek nie udało się wykazać ich w mięśniu macicznym. Dowodziłoby to, że hormony ciążowe nie we wszystkich narządach znajdują się w jednakowem zagęszczeniu. Zdają się za tem przemawiać i dotychczasowe doświadczenia z sokami ustroju, zapoczątkowane w rozmaitych pracowniach już przed kilkoma laty, a które dotąd są w toku.

W pracy tej staram się przedstawić wyniki dotychczasowych doświadczeń moich, przedsiębranych w klinice położniczej i chorób kobiecych U. J., a dotyczących obecności hormonów ciążowych w ślinie, płynie mózgowo-rdzeniowym, kleju, siarze, mleku oraz w wydzielinie pochwy kobiet ciężarnych, drogą wprowadzania pewnych ilości odnośnych płynów pod skórę niedojrzałych samic myszek i królic.

Doświadczenia Felsa i Franka wykazały, że hormon pęcherzykowy wydalony zostaje przez ustrój kobiety ciężarnej także i drogą śliny. Badania odnoszące się do obecności w ślinie hormonów przedniej części przysadki przeprowadzono dopiero w ostatnim czasie (Zondek, Trancu Rainer, Ofstad), ale wyniki ich, o ile można wnosić z dotychczasowych ogłoszeń, są naogół rozbieżne.

W doświadczeniach naszych poddawaliśmy badaniu ślinę, zebraną u osób, które pozostawały przez pewien czas w klinice w ciągu pierwszych trzech miesięcy ciąży i u których występował w mniejszym lub większym stopniu ślinotok. Ślina zmięszana z wymiocinami nie była przedmiotem badania, jakkolwiek w myśl zapodań Zondeka, który obecności hormonów przedniej części przysadki w soku żołądkowym nie stwierdził, domieszka ich nie powinnaby była stać się powodem omyłek przy dodatnim wyniku odczynu Aschheima i Zondeka, jako probierza obecności hormonów ciążowych w badanym płynie.

Zebrana do badania ślina, zmieszana z eterem w stosunku 1:3 przez dokładne wstrząsanie w ciągu pięciu minut i pozostawiona przez pewien czas na wolnem powietrzu, aby umożliwić ulotnienie się eteru (Zondek), wprowadzaną była pod skórę niedojrzałych 7—10 gramowych myszek samic. Ilości wstrzykiwanej śliny wahały się od 2—3 cm³, rozdzielonych na sześć, osiem a nawet dziesięć dawek, podawanych w ciągu 3—4 dni. Zabicie zwierząt doświadczalnych i oględziny jajników następowały w dniu 5-tym lub 6-tym po rozpoczęciu doświadczenia.

Ogółem przebadano 5 przypadków ciąży, przyczem w czterech użyto śliny, z której przez wyżej wspomniany sposób starano się usunąć składniki trujące, w jednym zaś zastosowano ślinę, niepoddaną działaniu eteru i nierozcieńczoną, którą wprowadzono pod skórę myszek w ośmiu dawkach po 0,2 cm³.

W trzech przypadkach odczyn A. Z. wypadł dodatnio. Zauważono wyraźne wystąpienie II. i III. odczynu przedniej części przysadki, które, jak wiadomo, rozstrzygają o jego wyniku dodatnim (wylewy krwawe do pęcherzyków, tworzenie się ciałek

żółtych, zawierających jajeczko). W jednym z dwóch pozostałych zauważono w jajnikach, poddanych działaniu śliny, wystąpienie tylko pierwszego odczynu przedniego płata przysadki (dojrzewające pęcherzyki Graafa), w jednym zaś, gdzie użyto śliny niewytrząsanej eterem, wystąpienie odczynu I i III.

Wyniki doświadczeń naszych pokrywają się w znacznej mierze z wynikami odnośnej pracy Trancu Rainer. Dowodziłyby one bezsprzecznie, że w ślinie kobiet ciężarnych znajdują się hormony przedniego płata przysadki mózgowej i to w ilościach wystarczających do wywołania typowego odczynu Aschheima i Zondeka. Ślina w naszych badaniach pobraną była w pierwszych miesiącach ciąży, ale jak dowodzą doświadczenia Rainera hormony przedniej części przysadki mózgowej znaleźć można w późniejszych miesiącach ciąży a nawet w połogu. Nie ulega jednak wątpliwości, że stężenie znachodzących się w ślinie hormonów ciążowych jest mniejsze, niż w moczu. Świadczą o tem wyniki ujemne odczynu AZ w naszych doświadczeniach ze śliną osób, których mocz poddany badaniu dla kontroli wywołał w jajnikach myszek wyraźny II i III odczyn przedniego płata przysadki. Być może, że ilość hormonów przedniego płata przysadki w ślinie ulega wahaniom i że wykazać je można przedewszystkiem w przypadkach wybitnego ślinotoku i niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. W ten sposób możnaby wyjaśnić wręcz odmienne w wynikach od naszych prace Ofstada, który poddawał badaniu ślinę kobiet ciężarnych, niewykazujących żadnych zmian chorobowych. Należy podkreślić, że ślina w porównaniu z moczem ciężarnych działa na myszki doświadczalne w sposób wybitnie trujący nawet przy zastosowaniu eterowej metody Zondeka tak, że przeprowadzenie doświadczeń napotyka pod tym względem na trudności.

W przeciwieństwie do śliny, której zastosowanie do celów doświadczalnych wymaga zazwyczaj odpowiedniego przygotowania, płyn mózgowo-rdzeniowy nadaje się w wysokim stopniu do zastrzyknięć podskórnych, gdyż wprowadzanie go do ustroju myszek, nawet w ilościach stosunkowo znacznych, nie wywiera na nie zgubnego działania.

Sprawa wykazania hormonów ciążowych w płynie mózgowordzeniowym jest przedmiotem upartych doświadczeń już od szeregu miesięcy, mimo ujemnych wyników badań Zondeka, Aschheima, Ehrhardta, Heima, Muto, Squiera, Wetheimera i innych. Żadnemu z wspomnianych wyżej autorów nie udało się uzyskać charakterystycznego dla ciąży wystąpienia II i III odczynu przedniego płata przysadki, jakkolwiek niektórzy z nich zauważyli dojrzewanie pęcherzyków Graafa po podawaniu podskórnem pewnych ilości płynu mózgowo-rdzeniowego (HVR I). Wydaje się to rzeczą dziwną, gdyż w myśl mniemania wielu badaczy hormon tylnego płata przysadki wydzielać się ma początkowo właśnie do płynu mózgowo-rdzeniowego i stamtąd dopiero przedostawać do naczyń limfatycznych i obiegu krwi. Należałoby przyjąć, że hormony przedniego płata przysadki dostają się do krwiobiegu w podobny sposób, a więc że stwierdzenie ich w płynie mózgowo-rdzeniowym nie powinno napotykać na trudności. Zaznaczyć jednak muszę, że hipoteza, odnosząca się do wydzielania się hormonu tylnego płata przysadki do płynu mózgowo-rdzeniowego, poparta głównie pracami Dixona i Trendelenburga została w ostatnim czasie poddana w wątpliwość w następstwie doświadczeń van Caulerta i Mestrezata. Autorowie ci nie zaprzeczają wprawdzie możliwości wydzielania się hormonu tylnego płata przysadki do płynu mózgowego, ale podkreślają dobitnie, że wykazanie go w płynie, pobranym w dolnej części kanału lędźwiowego, jest rzeczą prawie niemożliwą wobec tego, że hormon ten ulega wchłonięciu przez ustrój na przestrzeni od czwartej komory do kanału lędźwiowego drogą naczyń limfatycznych rdzenia. Ogłoszona w ostatnich miesiącach praca Kulki, przeprowadzona na kobietach ciężarnych, potwierdziła spostrzeżenie wyżej wspomnianych autorów.

W doświadczeniach naszych poddawaliśmy badaniu płyn mózgowo-rdzeniowy, uzyskany przez nakłucie lędźwiowe dziesięciu ciężarnych. Pięć razy płyn pobrany był w ostatnich dwóch miesiącach ciąży, raz w szóstym miesiącu, a cztery razy w pierwszych trzech miesiącach ciąży. Przez wstrzykiwanie pod skórę niedojrzałych myszek samic odpowiednich ilości płynu starano się wywołać odczyn AZ. Zrazu stosowano ilości niewielkie płynu mózgowo-rdzeniowego (około 5 cm³), potem wobec stwierdzenia, że myszki wstrzyknięcia płynu znoszą bardzo dobrze, podawano ilości większe, do 12 cm³ w ciągu tygodnia, w szeregu dawek (tablica I).

W żadnym ze wspomnianych przypadków ciąży nie uzyskano dodatniego wyniku odczynu Zondeka i Aschheima (HVR II i HVR III).

Tablica I.

Przypadków ogółem	Rozpoznanie	Ilość wstrzykniętych	Odczyn AZ
	Ciąża 2 mies.	5 cm³	ujemny
	Ciąża 3 mies.	6 „	ujemny
	Ciąża 3 mies.	10 „	ujemny
	Ciąża 3 mies.	10 „	ujemny
10	Ciąża 6 mies.	8 „	ujemny
	Ciąża 9 mies.	5 „	ujemny
	Ciąża 9 mies.	10 „	ujemny
	Ciąża 10 mies.	12 „	ujemny
	Ciąża 9 mies.	12 „	ujemny
	Ciąża 10 mies.	12 „	ujemny

Jeśli chodzi o kolejność przeprowadzonych doświadczeń, to rozpoczęto je, stosując zrazu płyn mózgowo-rdzeniowy pobrany w drugiej połowie ciąży względnie pod koniec jej. Później, przyjmując na podstawie prac Ehrhardta, Rungego, Hartmanna i innych już wyżej wspomnianych, że ilość hormonów przedniej części przysadki mózgowej w drugiej połowie ciąży jest we krwi wogóle mniejsza, niż w pierwszych jej miesiącach, przeprowadzono resztę badań z płynem mózgowo-rdzeniowym kobiet w 2—3 m. ks. ciąży. Wyniki były jednak również ujemne. W żadnym przypadku prawidłowej ciąży nie udało się nawet po wprowadzeniu pod skórę myszek 12 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskać dodatni odczyn AZ (HVR II i HVR III). W dwóch przypadkach uzyskano po wprowadzeniu pod skórę niedojrzałych myszek 12 i 10 cm³ płynu objaw pierwszy przedniego płata przysadki (HVR I) t. j. dojrzewanie pęcherzyków Graafa, które, jak wiadomo, nie jest miarodajnem dla bezwzględnego rozpoznania ciąży. Wobec tego dalszych prób zaniechano, przyjmując za pewnik, że hormony przedniej części przysadki mózgowej znajdują się w płynie mózgowo-rdzeniowym pobranym w okolicy kręgosłupa lędźwiowego u ciężarnych w ilości niepodobnej do wykazania drogą odczynu biologicznego (AZR) nawet po wprowadzeniu pod skórę myszek doświadczalnych 12 cm³ płynu.

Wyniki badań naszych odnośnie do obecności hormonów przedniej części przysadki w płynie mózgowo-rdzeniowym zgadzają się naogół z wynikami prac ostatnio ogłoszonych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że odczyn AZ z płynem mózgowordzeniowym w ciąży prawidłowej da się uzyskać dopiero po wprowadzeniu pod skórę myszek doświadczalnych ilości od 18 cm³ wzwyż (Kulka, Hashimoto). Nieco odmiennie ma się sprawa przedstawiać, jak widać z badań Hashimoto, w przypadkach ciąży powikłanej objawami zatrucia ciążowego, w wypadkach zaśniadu groniastego, kosmówczaka złośliwego, niepowściągliwych wymiotów, w rzucawce porodowej. W tych przypadkach odczyn AZ uzyskać można z mniejszą ilością płynu mózgowo-rdzeniowego (12—16 cm³). Spostrzeżenie to radzą wspomniani autorowie wyzyskać w rozpoznawaniu zaśniadu groniastego i kosmówczaka, co też w istocie próbowano z zadawalającym wynikiem.

Jest rzeczą znaną oddawna, że mleko kobiece zawiera nietylko składniki potrzebne do odżywienia noworodka, nietylko ciała posiadające pewne własności biologiczne ale i hormony, które do niego przenikają z krwiobiegu. Badania odnoszące się do znachodzenia się w mleku hormonów przedniej części przysadki są obecnie w toku. Mają one duże znaczenie, gdyż chodzi o wykrycie zależności wydzielania się mleka od przenikających do gruczołu mlecznego hormonów i ustalenie faktu, czy drogą podawania wyciągów zawierających je nie możnaby zwiększyć jego wytwarzania się, zaczem zdają się przemawiać ogłoszone w ostatnich miesiącach wyniki doświadczeń Güntera.

W badaniach naszych chodziło wyłącznie o stwierdzenie w kleju, siarze względnie mleku kobiecem hormonów przedniej części przysadki mózgowej. W tym celu wykonywano próbę AZ z mlekiem pobranem od kobiet ciężarnych względnie położnic, które wstrzykiwano następnie pod skórę myszek i królic niedojrzałych. Ogółem poddano badaniu 20 próbek kleju i mleka osób w drugiej połowie ciąży względnie w pierwszych czterech dniach po porodzie. Mleko zebrane i oddzielone od warstwy tłuszczowej wprowadzano w dawkach po 0,2—0,3 cm³ zwierzętom doświadczalnym dwa lub trzy razy dziennie przez 4—5 dni. Ogólna ilość wprowadzonego mleka wahała się zatem w granicach od 2,4 cm³ do 3,5 cm³, kiedy chodziło o myszki, w granicach od 15—20 cm³, kiedy chodziło o królice. W tym drugim przypadku wprowadzano mleko podskórnie w dawkach 5—8 cm³ dziennie, dokonując sekcji dopiero czwartego dnia.

W szczególności wykonano 10 prób z klejem kobiet w drugiej połowie ciąży (miesiące VIII—X), 5 prób z siarą i 5 z mle-

kiem. U wszystkich badanych kobiet ciąża przebiegała prawidłowo.

Na 10 prób z klejem kobiet w drugiej połowie ciąży, uzyskano odczyn I i III przysadki mózgowej (HVR I i III) sześć razy, odczyn I (HVR I) dwa razy; dwa razy próba wypadła ujemnie. Odczynu II (HVR II) nie dało się uzyskać ani razu. Próby na królicach wypadły ujemnie.

Próby z siarą względnie mlekiem kobiet (do 4 dnia po porodzie włącznie) dały wynik prawie zupełnie identyczny. Nie uzyskano ani razu II odczynu przedniej części przysadki, odczyn I i III w 60% prób. Prób na królicach z mlekiem położnic nie wykonywano.

Doświadczenia nasze przemawiają za znachodzeniem się w kleju względnie mleku kobiet hormonów przedniej części przysadki w szczególności hormonu wywołującego luteinizację. Jakkolwiek nie udało się nam uzyskać wystąpienia II odczynu przedniej części przysadki, nie jest wykluczone, aby ten nie mógł wystąpić po wprowadzeniu większej ilości kleju względnie mleka, czego unikano, obawiając się, że myszki doświadczalne próby nie wytrzymają. Cowięcej, należy podkreślić, że mleko względnie klej, użyty do badania, pobrany był u kobiet, niewykazujących żadnych znamion zatruć ciążowych, w których, jak wiadomo, stężenie we krwi hormonów przedniej części przysadki jest większe. W istocie, ogłoszona w ostatnim czasie praca Heima dowodzi, że odczyn II przedniej części przysadki może w pewnych przypadkach (np. przy zaśniadzie groniastym) wystąpić po zastrzyknięciu kleju kobiecego bardzo wyraźnie. Zdaniem Heima stwierdzenie hormonów przedniej części przysadki jest w pierwszej połowie ciąży w kleju bardzo wątpliwe, nie przedstawia ono jednak większych trudności w ostatnich tygodniach przed porodem i odpowiada zmniejszeniu się ogólnej ilości hormonów w łożysku w tym właśnie okresie. Przenośnikami hormonów są według wszelkiego prawdopodobieństwa elementy leukocytarne, gdyż oddzielona drogą wirowania warstwa tłuszczu mleka kobiecego wywołuje biologiczne odczyny przedniej części przysadki mózgowej szczególnie łatwo. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że klej względnie mleko kobiece w pierwszych dniach po porodzie zawiera hormony przedniej części przysadki, zdolne w niektórych przypadkach wywołać typowy odczyn Aschheima i Zondeka.

Doświadczenia nasze rozciągnęły się i na wydzielinę pochwy kobiet ciężarnych, pobraną w ostatnich tygodniach przed porodem. Potrzebny do badań materjał zbierano w ten sposób, że zakładano ciężarnym do pochwy na przeciąg 24 godzin tampony z waty, z których wyciskano po wyjęciu ich wydzielinę i rozcieńczano ją roztworem soli fizjologicznej w stosunku 1:1. W ten sposób otrzymany płyn wstrzykiwano w ilościach 2—3 cm³ pod skórę niedojrzałym myszkom w dawkach 0,2—0,3 cm³ przez 3—4 dni. W żadnym przypadku nie udało się uzyskać II i III odczynu przedniej części przysadki.

Kończąc omawianie wyników moich doświadczeń, dotyczących występowania hormonów przedniej części przysadki mózgowej w ślinie, kleju, mleku, płynie mózgowo-rdzeniowym i wydzielinie pochwy kobiety ciężarnej, pozwalam sobie na wyprowadzenie z nich następujących wniosków:

1. Nerki nie są jedynym narządem, przez który wydostają się z ustroju kobiety ciężarnej hormony przedniej części przysadki mózgowej. Dowodzi tego znachodzenie się ich w ślinie, kleju, mleku w ilościach, które można wykazać drogą odczynu biologicznego (AZ).

2. Usuwanie hormonów ciążowych z ustroju odbywa się przedewszystkiem drogą moczu, czego dowodem dodatni wynik AZ z moczem kobiet ciężarnych w tych wypadkach, kiedy stwierdzenie obecności hormonów ciążowych w pewnych wydzielinach ustroju nie da się przeprowadzić.

3. Znikoma ilość hormonów przedniej części przysadki mózgowej w płynie mózgowo-rdzeniowym, pobranym w okolicy kręgosłupa lędźwiowego, dowodzi, że hormony te ulegają po wydzieleniu ich szybkiemu wchłanianiu przez naczynia limfatyczne rdzenia tak, że wykazanie ich w zwyczajnych warunkach jest trudne, jakkolwiek niewykluczone.

Dr. Mieczysław KOCEN. Łódź.

O polskiem piśmiennictwie lekarskiem [1].

Poruszając zagadnienie stanu piśmiennictwa lekarskiego na łamach niniejszego pisma, czynię to jako przedstawiciel miasta nieposiadającego ani uniwersytetu, ani wielkiej bibljoteki lekarskiej, ale jednak miasta, które w ciągu lat 10-ciu od roku 1899 do 1908 wydawało Czasopismo Lekarskie pod redakcją Seweryna Sterlinga, jako organ lekarzy prowincjonalnych. O stanie naszego piśmiennictwa, jego zaletach i wadach pisano ostatniemi czasy dość często. Wspomnę nazwiska autorów jak Szmurło, Konopka, Szabuniewicz, Koronkiewicz, Srebrny, Wasserman i inni. Według ostatniej statystyki podanej przez Konopkę posiadamy powyżej 70 czasopism lekarskich, włączając w to pisma społeczno-lekarskie i do pogranicza medycyny należące. Nie będę mówić o pismach przeznaczonych dla specjalistów, a główną uwagę poświęcę pismom lekarskim ogólnym. Otóż dzięki pomocy Łódzkiej Izby Lekarskiej i wzorując się na ankiecie, rozsyłanej przez Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, zwróciłem się do wszystkich lekarzy zamieszkałych na terenie Izby Łódzkiej z odpowiednią ankietą. Na ankietę tę otrzymałem około 160 odpowiedzi, zawierających cenne uwagi na temat polskich pism lekarskich. Pozwolę sobie pokrótce podać do wiadomości treść tych odpowiedzi: 1) za daleko posunięta specjalizacja, za dużo teorji, 2) zbyt wiele pism ogólnych — konieczna jest komasacja, 3) za dużo reklam, 4) dla specjalistów istnieje oddzielna prasa — ogół lekarzy mniej interesują artykuły teoretyczne naukowe a bardziej praktyczne, 5) brak dotkliwy w dziale terapji chociażby miesięcznika na wzór *Therapie der Gegenwart*, 6) za dużo wyników badań nieinteresujących praktyka i pisanych przewlekle, 7) należałoby zaproponować wydawcom różnych reklamowych wydawnictw lekarskich, jak Wiedza Lekarska, Terapja Nowa, Biologja Lekarska i inne zawieszenie swych wydawnictw i umieszczenie reklam w istniejących już i mających pewien autorytet naukowych pismach; skorzystałyby obie strony: pisma lekarskie mogłyby dzięki większym dochodom za ogłoszenia rozszerzyć objętość poszczególnych numerów, natomiast nakłady pism reklamowych mogłyby mniejszym kosztem i z daleko większym skutkiem reklamować swe środki. Połączenie kilku czasopism obniżyłoby koszta prenumeraty i pozwoliłoby podnieść cenę ogłoszeń ze względu na liczniejszy nakład, 8) kilku kolegów ma pewne zastrzeżenia co do pism specjalnych i uważa, że specjalizacja została doprowadzona za daleko, co nie odpowiada stosunkom i potrzebom, panującym na prowincji ani sile materjalnej specjalistów prowincjonalnych. Chirurg na prowincji musi zajmować się prócz chirurgji ogólnej także ginekologją, urologją, ortopedją i t. p. Koledzy ci podają jako wzór francuskie i amerykańskie pisma, w których niema takiej specjalizacji, takiego rozdrobnienia.

Jedną z bolączek naszych pism, która została poruszona prawie we wszystkich odpowiedziach, jest brak dobrego skorowidza, od jakości którego zależy wartość całego rocznika. Jako wzór podają koledzy skorowidze *Klin. Wochenschrift* i *Münch. Med. Wochenschrift*. Brakiem dokładnych skorowidzów polskich tłumaczę okoliczność, iż w pracach naukowych polskich mamy obszerny wykaz dzieł z piśmiennictwa obcego, dotyczącego danego tematu, natomiast nie są uwzględniane w należytej ilości prace polskie.

Jednocześnie z rozesłaniem ankiety do poszczególnych lekarzy zwróciłem się do redakcyj 4-ch największych pism lekarskich ogólnych (Polska Gazeta Lek., Warsz. Czasop. Lek., Medycyna i Nowiny Lek.) z prośbą o odpowiedź na następujące pytania: w jakiej ilości abonują pisma lekarze prywatni, kliniki, szpitale, Kasy Chorych, bibljoteki towarzystw lekarskich i jaki jest ilościowy podział abonentów według byłych zaborów. Za otrzymane odpowiedzi serdecznie dziękuję powyższym redakcjom. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi mogę powiedzieć, że każde z pism posiada znaczną ilość prenumeratorów wśród lekarzy i to przeważnie w swoim zaborze. Jedno natomiast musi nas wszystkich uderzyć, to stosunkowo znikoma liczba abonentów wśród instytucyj lekarskich. Abonuje pisma zaledwie 13% klinik, od 10 do 24% szpitali, oraz od 3.5 do 13% Kas Chorych. Jest to objaw zastraszający wobec dość znacznej liczby szpitali i instytucyj ubezpieczeniowych. Stwierdzam na podstawie własnych spostrzeżeń, że abonowanie pism zagranicznych jest u nas bardzo modne, szpitale lub bibljoteki Kasy Chorych abonują dużo pism obcych, natomiast prenumeratę pism polskich ogranicza się do 1—2. Nie neguję wartości pism lekarskich zagranicznych, jednakże należy pamiętać o propagandzie polskich czasopism. Chcąc zaś propagować te pisma, powinniśmy dążyć do ich udoskonalenia i usuwania braków. Osobiście uważam, że redakcje pism, o których wyżej mówiłem, powinny wprowadzić dokładne skorowidze i racjonalne umieszczanie streszczeń z piśmiennictwa obcego, t. zn. by prawie wszystkie pisma obce były streszczane i by te streszczenia o ile możności nie powtarzały się.

---

[1]) Referat na podsekcji prasy lekarskiej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 1933 r.

Zalecona przez niektórych kolegów komasacja pism wydaje się niemożliwa, natomiast pożądane byłoby utworzenie centralnej organizacji wydawnictw lekarskich polskich, — organizacji, któraby się zajęła usunięciem błędów pism istniejących, a tem samem przyczyniłaby się do udoskonalenia tych pism, propagandy i większego rozpowszechniania chociażby kosztem prasy obcej. Wiedzieć należy, że piśmiennictwo nasze nawet z temi usterkami stoi na wysokim poziomie w opinji świata lekarskiego, interesującego się nauką.

WYKŁADY KLINICZNE.

Jan ZAORSKI. Warszawa.

Dzieje chorego po operacji Woronowa[1]).

Ze Szpitala S. S. Elżbietanek w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Doc. Dr. Jan Zaorski.

Szanowni Państwo!

Operacja, związana z nazwiskiem Woronowa, posiada tak bogatą literaturę, że przedstawiając opis jednego chorego nie mam zamiaru powtarzać całości zagadnienia lub krytykować jego założeń. Tem bardziej chciałbym tego uniknąć, ponieważ poza poważną literaturą lekarską łączy się z tym zabiegiem zabarwienie sensacyjne, którego bynajmniej nie mam zamiaru powiększać.

Jeżeli jednak pozwalam sobie zająć uwagę Sz. Państwa, to czynię to dlatego, że przyczyna wykonania operacji nie pokrywa się z przypadkami przypisywanemi zwykle Woronowowi, co jest w naszym przypadku najważniejsze, a efekt uzyskany zabiegiem należy do niepowszednich.

Przechodząc do przedstawienia sprawy, przytoczymy na wstępie historję naszego chorego, który opisem neurologicznym zechciał uzupełnić dr. St. Higier młodszy, z którym częściowo tego chorego spostrzegaliśmy.

W lecie roku ubiegłego zgłosił się do nas mężczyzna lat 54, mieszkaniec wsi, który podał następującą historję swego życia:

Pochodzi z rodziców zdrowych, ojciec zmarł na chorobę serca. Matka żyje. W dzieciństwie przebył odrę, płonicę, dur brzuszny i czerwonkę. Jako młodzieniec używał dużo sportów, szczególnie chętnie i bardzo dużo jeździł konno, odbywając w ten sposób długie podróże. Wcześnie i intensywnie zaczął żyć płciowo. Od 20 roku życia nadużywał alkoholu i wiódł życie hulaszcze. W tym czasie po grypie nabawił się choroby płuc i z tego powodu leczył się przez pewien czas. Po 20 roku życia zaraził się rzeżączką, która mu się co parę lat „odnawiała". Ostatnio schorzenie to odnowiło mu się przed 4 laty. Wyciek z cewki był znaczny, leczył się stale. Raz było lepiej, drugi raz gorzej; początkowe zapalenie „jądra" lewego, które wystąpiło w przebiegu choroby, przeszło także na „jądro" drugie. Po pewnym czasie w „jądrze" lewem wystąpiło chełbotanie, wytworzyła się przetoka; ustalono wtedy rodzaj cierpienia o podkładzie gruźliczym i oba jądra z najądrzami usunięto przed 2 laty. Przetoki pooperacyjne goiły się długo, wreszcie się zabliźniły. Od $1\frac{1}{2}$ roku chory miejscowo jest zdrów. Choroba płucna nie daje o sobie również znaku.

Po pewnym czasie po operacji chory zaczyna słabnąć płciowo, do czego dołącza się ogólna apatja i inne dolegliwości neurasteniczne. Chory, który uprzednio sam prowadził zabawy, zaczyna się od nich wymawiać, a jeżeli bierze w nich udział, to niechętnie i biernie. Zewnętrznie: zauważył przerzedzanie się włosów, przybieranie na wadze i marszczenie się skóry na ciele, szczególnie na twarzy. W sferze seksualnej następuje „zespół kastracyjny": nawały krwi do głowy, napady potów i osłabienia, skurcze w mięśniach, szczególnie kończyn dolnych, drętwienia i t. d. W pół roku po usunięciu jader występuje brak wzwodów prącia samoistnych, przy silniejszych podnietach płciowych wzwody częściowe, i słabego stopnia wytrysk podczas aktu płciowego. Po roku i to ustaje, stosunki płciowe są niemożliwe, chory spostrzegł zmianę w głosie.

Stan obecny: Mężczyzna wysoki, dobrze odżywiony. Skóra blada o podbarwieniu żółtawem, na twarzy zmarszczki nietylko koło oczu, nosa, ale zmarszczki, które drobną siatką pokrywają całą twarz. Wejrzenie niebieskich oczu przymglone, ożywia się podczas rozmowy. Owłosienie na twarzy w średnim zaniku (goli się co 3 dzień, dawniej codziennie). W płucach dawne zmiany gruźlicze, nieczynne. Serce bez zmian chorobowych.

Także w narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdza się.

Nad resztką worka mosznowego poza znacznym zanikiem owłosienia widać blizny pozaciągane, dawne. Z lewej strony blizna sięga wyżej do pachwiny, z prawej niżej.

Omacywaniem w resztce worka mosznowego nie wyczuwa się żadnych oporów.

Badanie neurologiczne: Chwostek obustronnie dodatni, odruchy ścięgniste wygórowane, czasami *clonus pedis*. Odruchów kremasterów brak. Poliurja (c. g. 1010).

W tym stanie zdrowia chory prosi o wykonanie przeszczepienia jądra małpy, które zalecił mu neurolog.

Ponieważ i naszem zdaniem ten sposób leczenia był jedynym dla chorego, zgodziliśmy się na przeprowadzenie zabiegu.

Po pierwszej jednak rozmowie chory znikł i zjawił się dopiero w grudniu ub. r. oświadczając, że mając wobec kogoś zobowiązania, postanowił ożenić się jaknajprędzej. Ponieważ sprowadzenie zwierzęcia miało trwać parę tygodni zwrócił się do innego lekarza celem dokonania próby leczenia zachowawczego.

Zastosowano mu wtedy „psychoterapję defobijną", masywne wstrzykiwania jądrowe z jochimbiną, potem opoterapię jądrowo-najądrowo-sterczową. Po pewnym czasie podano jeszcze efedrynę *plus* przerywaną opoterapię (Richter Testogen). Miesiąc potem wzwody lepsze, stosunki możliwe nawet 2 razy na tydzień. Ogólne samopoczucie dobre. Odruchy mniej wybitne. Chwostek pozostaje, poliurja zmniejszona.

Uzyskany w ten sposób stan zdrowia ośmielił chorego, w jego mniemaniu, do wywiązania się z zobowiązań życiowych i ożenienia się.

Przebieg dalszy jest zrozumiały.

Poprawa uzyskana wstrzykiwaniami szybko minęła. Chory wrócił do myśli o zabiegu. Leczenie operacyjne, z powodów osobistych chorego, zostało uplanowane na marzec b. r.

17 marca 1933 r. chory zgłosił się do szpitala.

Przygotowanie do zabiegu nastręczało pewne trudności. Pierwszą, którą napotkaliśmy, było wynalezienie odpowiedniego egzemplarza małpy. Jak wiadomo w myśl doświadczeń Woronowa, najlepszym w tym celu jest szympans. Jest to jednak małpa zbyt droga, dlatego Woronow posługuje się obecnie pawjanami t. zw. *Kynocephali*. Ponieważ wiek zwierzęcia musi być odpowiedni, 5—6 lat, co trudno często jest określić, Woronow poleca mierzyć małpy, a wzrost 65 cm w pozycji siedzącej, uważa za dostateczny. W ogrodzie zoologicznym warszawskim znaleźliśmy jednego tylko pawjana, który nadawał się do przeszczepienia. Niestety przy bliższem zbadaniu okazało się, że jest on chory na gruźlicę płuc. Wobec tego postanowiliśmy zwierzę sprowadzić z zagranicy. W 6 tygodni nadesłano nam piękny okaz pawjana.

Powstało pytanie, w jaki sposób przeprowadzić sam zabieg. Czy zoperować zwierzę na miejscu w ogrodzie zoologicznym i przewieść przeszczep do szpitala. Czy chorego zoperować równocześnie ze zwierzęciem w sali operacyjnej ogrodu zoologicznego. Czy wreszcie przewieść zwierzę do szpitala i tu zabieg przeprowadzić wprost i na miejscu. W tych rozmyślaniach główną rolę odgrywała chęć uniknięcia rozgłosu, o co przedewszystkiem chodziło choremu. Trzeba przyznać, że udało się to nam w zupełności. Ostatecznie korzystając ze sprzyjających warunków szpitala wybraliśmy sposób trzeci.

W myśl wskazań Woronowa umieściliśmy zwierzę w drewnianej skrzyni o podwójnych drzwiach, pierwszych szczelnych i drugich wewnętrznych z siatki drucianej. W pokrywie skrzyni zostało wprawione małe okienko z grubej szyby dla obserwowania zwierzęcia, w drugim zaś otworze osadzono cienki lejek dla wprowadzenia środka nasennego. W tej skrzyni z lekko uchylonemi drzwiczkami zewnętrznemi zwierzę przewieziono do szpitala.

Kto zna szpital S. S. Elżbietanek w Warszawie, ten wie, że jest on wzniesiony w mało zaludnionej części miasta i posiada boczne drzwi wchodowe do przyziemia, skąd windą można się dostać wprost na salę operacyjną. To pozwoliło nam bez zwrócenia uwagi przewieść zwierzę wprost do sali operacyjnej. Prócz tego w szpitalu posiadamy między innemi, dwie sale operacyjne bliźniacze, rozdzielone pokojem dla sterylizacji i korytarzem. Ta rozbudowa ułatwiła nam znakomicie przeprowadzenie zabiegu, gdyż w jednej sali umieściliśmy chorego, a w drugiej pawjana. W pierwszej sali jeden komplet asystentów przygotował do zabiegu chorego, w drugiej inny komplet lekarzy usypiał i szykował zwierzę.

Przygotowawszy warunki zewnętrzne przeszliśmy do obmyślenia, gdzie umieścić przeszczepy u naszego chorego.

---

[1]) Według odczytu z dnia 9. X. 1933 r. W T-wie Lek. Warsz.

Woronow uważa worek mosznowy za specjalnie przygotowany przez naturę w tym kierunku. Twierdzi on, że i ukrwienie i ciepłota wyższa, panująca wewnątrz worka specjalnie dobrze układają warunki dla odżywienia przeszczepionej tkanki jądrowej.

Chcąc zadośćuczynić wymienionym warunkom zatrzymaliśmy się na resztce worka mosznowego.

Teraz znowu nastręczyły się nowe zastrzeżenia. Mianowicie u naszego chorego tu właśnie toczyła się sprawa gruźlicza, dlatego najpierw musieliśmy sprawdzić, czy zakażenie to już wygasło. W tym celu prócz dokładnego zbadania fizykalnego poddaliśmy tę okolicę trzykrotnemu przegrzaniu zapomocą diatermji. Ponieważ chory nie zareagował na tę próbę podniesioną ciepłotą, przyjęliśmy, że sprawa gruźlicza miejscowa wygasła.

Chcąc umieścić przeszczepy jaknajdalej od rany skórnej postanowiliśmy wytworzyć dwa długie kanały podskórne, któreby rozszerzonemi końcami wchodziły do resztki worka mosznowego. Prócz tego postanowiliśmy umieścić dwa przeszczepy każdy w oddzielnym kanale, ażeby na wypadek zanieczyszczenia lub obumarcia jednego z przeszczepów, drugi gwarantował nam dobry wynik zabiegu. Dalszą przyczyną takiego postępowania była chęć zadziałania na psychikę chorego, któryby po operacji wyczuwał „normalne" dwa jądra w worku mosznowym.

Sam zabieg przeprowadziliśmy następująco: Chory otrzymał znieczulenie lędźwiowe. Po przygotowaniu pola operacyjnego wykonaliśmy dwa nacięcia skóry poziome dług. 1 cm z dwóch stron, tuż powyżej nasady prącia. Tędy na wstępie wprowadziliśmy kulociąg i na tępo wykonaliśmy dwa kanały podskórne aż do worka mosznowego. Doszedłszy tam rozciągnęliśmy kulociąg maksymalnie, by uzyskać dość obszerne rozszerzone miejsce dla przeszczepów. Kiedy oba tunele były gotowe, wprowadziliśmy do nich tampony z gazy, by zachować ich drożność i uniknąć nadmiernego krwawienia, teraz zmieniliśmy rękawiczki i udaliśmy się do drugiej sali operacyjnej, do małpy.

Tam, według planu zwierzę zostało już uśpione w skrzyni zapomocą wkraplania przez lejek chlorku etylu. Kiedy usnęło, wydobyto je natychmiast i umocowano na stole operacyjnym, nie przerywając uśpienia. Drugi komplet asystentów przygotował pole operacyjne tak, że kiedy przeszliśmy od chorego, mogliśmy odrazu przystąpić do zabiegu. Po nacięciu i odkryciu skóry, nacięliśmy otoczki, jeszcze raz pole operacyjne obłożyliśmy serwetami i dopiero wtedy wydobyliśmy jądro. Po podwiązaniu w dwóch pęczkach: nasieniowodu i naczyń, trzymając jądro na kleszczykach zaciskających przecięte naczynia, przenieśliśmy je do sali operacyjnej pierwszej. Znowu zmieniliśmy rękawiczki, dużym nożem wycięliśmy z jądra dwa kliny, pozostawiając przy najądrzu małą część miąższu jądrowego. Ujmując za otoczkę, by nie zmiażdżyć miąższu, wprowadziliśmy jedną część do lewego, drugą do prawego, przygotowanego kanału, tak głęboko, że omacując przez worek mosznowy wyczuwaliśmy oba przeszczepy w jego wnętrzu. Wtedy rany skórne zaszyliśmy szczelnie, nałożyliśmy opatrunek aseptyczny i chorego przewieziono do pokoju.

Tymczasem koledzy zaszyli ranę pawjana, zalali opatrunek kolodjum, a sanitarjusze umieścili go napowrót w skrzyni i odnieśli do przyziemia, gdzie po otwarciu pierwszych szczelnych drzwi klatki, przyszedł bardzo szybko do siebie. Pawjan obserwowany w dalszym ciągu nie wykazuje żadnych zmian chorobowych.

Chory zabieg zniósł dobrze.

Ciepłota w drugim dniu doszła do 38,3°, następnie w trzecim do 37,8°, wreszcie w czwartym opadła definitywnie. Podmiotowo chory stwierdził bóle znacznego natężenia w kończynach tak górnych, jak dolnych. Bóle dotyczyły przedewszystkiem kośćca. W trzecim dniu bóle powyższe minęły, pojawiły się natomiast bóle w części potylicznej głowy. Te ostatnie szybko minęły, na inne jakiekolwiek dolegliwości chory się nie skarżył.

Rany zagoiły się przez rychłozrost. Początkowy mierny obrzęk worka mosznowego ustąpił w ciągu kilku dni tak, że u chorego opuszczającego lecznicę po dziesięciu dniach wyraźnie wyczuwało się w worku, oddzielnie leżące, elastycznej zbitości oba przeszczepy.

Choremu zaleciliśmy spokój fizyczny i płciowy w ciągu trzech tygodni od chwili opuszczenia lecznicy.

Jak widać, zamierzony zabieg leczniczy udał się bez powikłań.

Na podstawie powyższego możemy stwierdzić:

1. Gładkie, bez powikłań przejęcie przeszczepów przez ustrój.

2. Doraźny, doskonały wynik zabiegu, co do którego byliśmy nastawieni dość krytycznie.

3. Że w naszych warunkach można przeprowadzać zabiegi Woronowa i nie jesteśmy zmuszeni kierować tych chorych zagranicę.

Poza wymienionemi uzasadnieniami chcemy podkreślić jeszcze jeden moment naszego postępowania.

Dotychczas operację Woronowa, jakkolwiek teoretycznie wyliczono wiele schorzeń, jednak praktycznie zalecano przedewszystkiem osobnikom zgrzybiałym i stąd nosi ona cechę lekceważąco-sensacyjną.

W odróżnieniu od wskazań wymienionych my wykonaliśmy zabieg u osobnika młodego, pozbawionego jąder wskutek choroby. Jest to zatem przykład uzasadniający rozszerzenie wskazań dla operacji Woronowa, ważne dla młodych ludzi, którzy utracili jądra bądź z choroby bądź z wypadku (rany wojenne). Ci chorzy uważani byli dotychczas za nieuleczalnych, tymczasem jak świadczy wynik leczniczy u naszego chorego, i dla nich znajdujemy ratunek, który, jak zobaczymy poniżej, ma uzasadnienie i wart jest wykonania.

Szanowni Państwo, chory nasz jako człowiek inteligentny, rolnik, przyrodnik, zdawał sobie sprawę ze swego stanu na tle przebytej choroby i utraty jąder. Było to zatem cierpienie podwójne, fizyczne i psychiczne.

Jakkolwiek będziemy się zapatrywać na ideę Woronowa, która usiłuje na drodze przeszczepów wyższych małp uzupełnić choremu człowiekowi braki spowodowane zanikiem funkcji jąder, to musimy przyznać na podstawie głosów z piśmiennictwa, że znajduje ona coraz szersze zastosowanie. Czy należy zaliczyć jej sukcesy na karb fantazji chorych, czy na korzyść realnie działających gruczołów, zdania są podzielone. Sądzę, z moich obserwacyj (dwa przypadki Steinacha i jeden Woronowa), że działa tu bezwarunkowo i jedno i drugie. Wpływ wszczepionych gruczołów odbija się wyraźnie i daje spostrzec odrazu na skórze (wygładzanie się zmarszczek), a uderza w spojrzeniu żywszem i jakby na nowo władczem. Równocześnie psychika chorego ulega ożywieniu. Nie mówię tu specjalnie o momentach i stosunkach płciowych, które podlegają nadzwyczajnej poprawie, ale chorzy operowani na nowo odczuwają energję życia, opuszcza ich neurastenja, żyją i mają ochotę pracować pełnią sił.

Jeżeli nawet objawy te są przemijające, ale trwają parę lat (Woronow), czy mógłby ktoś odrzucać ten nieprzedstawiający niebezpieczeństwa zabieg?

Woronow, opisując swoje przypadki, nie podaje żadnego, w którym zabieg byłby dokonany z tych powodów, jakie wystąpiły u naszego chorego, jakkolwiek teoretycznie je wymienia i ten szczegół właśnie pozwala nam poza stroną kliniczną, zwrócić uwagę na pewne momenty fizjologiczne, związane z przeprowadzonym przez nas zabiegiem.

Zarzucano, że zabieg Woronowa działa przedewszystkiem na psychikę chorego, a dowody autora (skrawki histologiczne) popierające wpływy na drodze fizjologicznej uznawano za niewystarczające. Zarzut mógłby być o tyle ważki, że bądźcobądź Woronow swojemi przeszczepami stara się przedewszystkiem podniecić czynność fizjologiczną gruczołów zużytych, ale przecież istniejących w ustroju. Tymczasem w naszym przypadku rzecz przedstawia się o wiele ciekawiej z punktu widzenia fizjologji. U naszego chorego, jądra zostały całkowicie z najądrzami usunięte i w tem właśnie oświetleniu chcemy przedstawić dalszy ciąg jego historji.

Od czasu operacji posiadamy o chorym trzy relacje. Raz pisał do nas osobiście chory, donosząc krótko, że czuje się doskonale i w najbliższym czasie przybędzie do Warszawy. Rzeczywiście w połowie czerwca zjawił się i odrazu pochwalił się, że był nieposłusznym. Ani bowiem nie leżał wróciwszy po operacji, a próby stosunków płciowych rozpoczął w domu natychmiast. Stwierdził jednak, że pełnię zdrowia płciowego odczuł dopiero w cztery tygodnie po operacji. Od tego czasu nie opuszcza go dawna werwa, humor i chęć życia jaknajszerszego, z której wydatnie korzysta.

Zewnętrzny wygląd chorego zmienił się znacznie. Oczy błyszczące, ożywione świadczą o dobrem samopoczuciu. Skóra dawniej pomarszczona o wiele się wygładziła, nadmierne przybieranie na wadze ustało i t. d.

Ktoś usposobiony sceptycznie mógłby powiedzieć, że świadectwo chorego nie wystarcza. Chory sam z rozmaitych względów mógłby się chwalić, a zatem jego zeznania moga być niewiarogodne. Otóż, licząc się z tym zarzutem postaraliśmy się o trzecią relację. W bieżącym miesiącu porozumieliśmy się z domowym lekarzem chorego, który jest dokładnie obznajomiony ze stosunkami domowemi a posiada zaufanie i chorego i jego żony.

Udzielone nam przez dr. K. informacje brzmią entuzjastycznie. Według nich wszystko, co wyżej powiedzieliśmy o wyglądzie zewnętrznym, werwie życiowej chorego nietylko nie przycichła, ale spotęgowało się w ciągu 6 miesięcy. Mówiąc o sferze płciowej chorego i wpływie na nią zabiegu, o którym donosił nam chory, podkreśliliśmy, że odnosimy się do tego ostatniego scep-

tycznie. Tymczasem okazuje się, że byliśmy w błędzie. Dalsza relacja lekarza domowego brzmi: Chory, który nie był w stanie przed zabiegiem odbywać aktu płciowego, po 4 tyg. mógł go odbywać normalnie, a obecnie odbywa go w rozmiarach niezwykłych. I co ciekawe, akt ten nie może odbywać się codziennie, ale natomiast zawsze odbywa się wielokrotnie.

Jeżeli teraz na podstawie naszego zabiegu zechcemy szukać potwierdzenia głoszonych przez Woronowa prawd fizjologicznych, to powinno zmniejszyć się niedowierzanie. O ile bowiem uprzednio mogliśmy wątpić w działalność hormonów, przeniesionych w przeszczepionej tkance małpiej, i mogliśmy objaśniać wszystko wpływami psychicznemi i specjalnem nastawieniem operowanych chorych, teraz na podstawie historji naszego chorego, który był zupełnie pozbawiony substancyj jądrowych i ich hormonów, możemy stwierdzić, że tkanka przeszczepiona pracuje normalnie i wydziela hormony właściwe, które powróciły równowagę życiową chorego. Toby zatem dowodziło, że przeszczepy żyją i nie zmieniają swych własności fizjologicznych.

Jak zatem widać z historji naszego chorego, można wyciągnąć nietylko bardzo ważne wnioski kliniczne, ale także inne dowody naprzykład fizjologiczne: co do pełni życia przeszczepionych tkanek. Z drugiej strony gdybyśmy nawet stanęli na dotychczasowym klasycznym punkcie widzenia, że przeszczepy ulegają po pewnym czasie wessaniu, musimy stwierdzić, że w metodzie Woronowa posiadamy znakomity środek nietylko pobudzający, wobec naprzykład marazmu osobnika, ale co ważniejsze to czynnik, który potrafi skutecznie leczyć kalectwo uważane dotychczas za nieodwracalne, co znów ze swej strony znakomicie rozszerza ramy chirurgji w współczesnem lecznictwie wymienionych wyżej cierpień.

Dr. Leopold HESSEL. Lwów-Iwonicz.

Nowsze sposoby fizykalnego leczenia bólów nerwów i mięśni.

Z oddziału chorób nerw. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie. Prymarjusz: Dr. A. Domaszewicz.

Postępy leczenia fizykalnego ostatnich czasów uwydatniły się szczególnie w elektro- i światłolecznictwie. Dotyczy to, oprócz innych dziedzin, także leczenia bólów nerwów i mięśni.

Nowoczesne metody *elektrolecznictwa* nerwobólów idą w kierunku używania wielkich elektrod przy prądach galwanicznych o możliwie jaknajwiększem natężeniu, przyczem czas trwania galwanizacji dochodzi do jednej godziny. Okazało się bowiem, że dotychczasowa metoda (używanie małych elektrod przy kilku tylko miliamperach, przy czasie 5—10 minut) jest niedostateczną i nie daje zadowalających wyników.

Biegunowość tych wielkich elektrod nie ma zupełnie znaczenia, gdyż głównym celem tej metody jest długotrwałe działanie silnych prądów (do 100 MA), dzięki któremu zmienia się wybitnie elektrochemiczny skład schorzałych tkanek.

Do tego sposobu leczenia nadają się szczególnie bóle a) n. trójdzielnego i b) kulszowego.

Ad a). Przy bólu n. trójdzielnego przytwierdza się elektrodę metalową, wyciętą w postaci półmaski i wyściełoną grubem i zwilżonem suknem, zapomocą opaski do chorej połowy twarzy. Druga, większa elektroda (200 cm²) przychodzi na grzbiet. Natężenie prądu 10—20 MA, czas trwania 20—40 minut.

Ad b). Przy rwie kulszowej można stosować galwanizację poprzeczną i podłużną. Wedle Kovarzika ustala się przy *galwanizacji poprzecznej* nerwu kulszowego (zapomocą opaski lub worków z piaskiem) wzdłuż całej długości kończyny, na jej przedniej i tylnej powierzchni, po jednym długim pasku ołowianym (około 90 cm długości, 8 cm szerokości i 1/2 mm grubości), oddzielonym od skóry 8-krotną warstwą płótna do nacierania (*éponge).* Te elektrody łączy się z biegunami aparatu galwanicznego, włącza się powoli i stopniowo prąd, stosując początkowo 40—50 MA, później już 80—100 MA. Czas trwania początkowo 30 minut, później 40—50 minut. Elektryzacje te powtarza się początkowo codziennie, następnie co drugi dzień. Po każdej galwanizacji należy przypudrować skórę, celem uniknięcia podrażnienia tejże.

Galwanizacja podłużna jest łatwiejsza do wykonania, ale mniej skuteczna. Chory siedzi na krześle i zanurza chorą kończynę do połowy wysokości podudzia do wanny nożnej kąpieli 4-komorowej (można ją zastąpić odpowiednio wysokiem wiadrem z drzewa lub porcelany napełnionem ciepłą wodą, w której zanurzona jest jedna elektroda). Druga elektroda (płyta wielkości 200—300 cm²) zostaje ustalona zapomocą opasek w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Kierunek prądu nie odgrywa roli, natężenie prądu 20—30 MA, czas trwania 30—40 minut.

Oprócz galwanizacji stosuje się w leczeniu nerwobólów obecnie jontoforezę, szczególnie we Francji, Rumunji i Rosji. Rozumiemy przez nią wprowadzenie leków do ustroju zapomocą prądu galwanicznego, przyczem anjony leków wprowadza katoda, a katjony leków anoda aparatu galwanicznego.

Elektrody tworzy chemicznie oczyszczona wata, złożona w kilku warstwach, która przez włożoną w nią płytkę cynfolji, przytwierdzoną do kabla, połączona jest z odpowiednim biegunem aparatu galwanicznego. Elektroda t. zw „czynna", wprowadzająca leki, napojona jest roztworem odpowiedniego leku, druga elektroda napojona wodą przekroploną (gdyż zwykła woda zawiera rozmaite sole, które przeszkadzają działaniu jonu leczniczego), stanowi t. zw. elektrodę „obojętną". Natężenie prądu wynosi, zależnie od wielkości elektrod, 5—10 MA, czas trwania 15—30 minut.

Przy jontoforezie nerwobólów stosuję następujące roztwory: a) wprowadzone przez katodę: 1—2% *kali jodat.*, 1—2% *natr. salicyl.*, b) wprowadzone przez anodę: 2% *calcium chloratum*, 1% *chininum muriaticum*, 0,0002% *aconitinum nitricum*.

Jontoforezę chininową, wapniową, salicylową, lub akonitynową (roztwór *aconitini nitrici* 0,002:1000) stosujemy szczególnie przy bólach n. trójdzielnego.

W tym celu przykłada się kompres z waty (najlepiej w postaci ręki o trzech palcach), napojony odpowiednim płynem, do chorej połowy twarzy i łączy się go z odpowiednim biegunem. Przy stosowaniu wapnia, chininy lub akonityny łączy się z biegunem dodatnim, przy salicylanie sodu z biegunem ujemnym aparatu. Drugą większą elektrodę przytwierdza się do ramienia lub grzbietu. Natężenie prądu 5—10 MA, czas trwania 15—30 minut.

Jontoforeza akonitynowa powinna tylko służyć jako *ultimum refugium*, gdyż lek ten jest wybitnie trujący (uwaga na serce i skórę!).

Także w innych nerwobólach można stosować jontoforezę. Np. w rwie kulszowej jontoforezę salicylową lub wapniową, przyczem elektroda czynna (200 cm²) przychodzi na kręgosłup od L 4 do S 2, druga elektroda obojętna (200 cm²) na podudzie. Elektryzacje codzienne. Natężenie prądu do 25 MA.

Jontoforeza bowiem wzmacnia lecznicze działanie prądu galwanicznego, a to przez wprowadzenie leków do naczyń głębszych warstw skóry, zarówno w miejscu działania prądu, jak i do sąsiednich części naczyniowych, a stąd dopiero po pewnym czasie do ogólnego krwiobiegu. Wartość jontoforezy potęguje okoliczność, że leki przez nią wprowadzone są w stanie zjonizowanym i dłużej się zatrzymują w tkankach, aniżeli przy wprowadzeniu ich inną drogą. Dotychczas natomiast jest hipotetyczne, czy możliwem jest, aby zakończenia nerwowe zatrzymywały przechodzące jony, umożliwiając im bezpośrednie działanie.

Przy leczeniu bólów mięśniowych znowu daje bardzo dobre wyniki *jontoforeza histaminowa*, wprowadzona niedawno do lecznictwa przez Deutscha.

Substancja chemiczna podobna do histaminy znajduje się już normalnie w ciele ludzkiem i po silnych bodźcach działających na skórę powiększa się tak, że można jej obecność wykryć w skórze i w krążącej krwi.

Wprowadzając więc histaminę (imidazoletylaminę) naśladujemy reakcję naturalną, potęgując ją. Najistotniejsze działanie histaminy polega nietylko na rozszerzeniu naczyń skóry w miejscu działania jontoforezy i w otoczeniu, lecz na działaniu naczyniorozszerzającem głębszych terenów naczyniowych i na zwiększaniu przepuszczalności tychże naczyń.

Mimo swej toksyczności przy wprowadzeniu śród lub podskórnem (zawroty i uderzenia krwi do głowy) jest histamina zupełnie nieszkodliwą przy wprowadzaniu drogą jontoforezy. Tylko u osobników naczyniochwiejnych, np. u kobiet w okresie przekwitania, mogą wystąpić przy leczeniu w sąsiedztwie czaszki przemijające uderzenia krwi do głowy.

Sposób wykonywania jontoforezy histaminowej: Jako elektroda służy bibuła (15 × 10 cm) napojona roztworem 1:5000—10000 histaminy [1]), połączona z biegunem dodatnim aparatu galwanicznego. Czas trwania wynosi przy 6 MA 3 minuty, przy 8 MA 2 minuty. Wprowadza się w ten sposób histaminę do skóry, że zmienia się kolejno miejsce aplikacji, aby podać jontoforezie nietylko części skóry nad schorzałemi grupami mięśniowemi, ale też nad sąsiedztwem i nad antagonistami. W miejscu działania powstaje na skórze żywe zaczerwienienie, przechodzące stopniowo w rodzaj bąbli, utrzymujących się do jednej godziny.

---

[1]) Najlepiej przygotować roztwór zapomocą Imadyl tabl. Roche (jedna tabl. na 250,0—500,0 wody przekroplonej). Tabletki te są tymczasowo w Polsce jeszcze nierejestrowane.

Jontoforezę należy stosować codziennie, aż do otrzymania dobrego wyniku leczniczego.

Najlepsze wyniki daje jontoforeza histaminowa w bólach mięśniowych na tle gośćcowem, urazowem, do których też zaliczamy bóle po przeciążeniu pewnych grup mięśniowych (np. u sportowców i robotników) i na tle statycznem np. bolesne napięcie mięśniowe w mięśniach podudzi i w mięśniach przywodzących udo przy stopie płaskiej. Szczególnie dobrze reaguje postrzał (poddać jontoforezie cały *erector trunci)* i t. zw. nerwobóle rzekome w kończynach dolnych i górnych, naśladujące nerwobóle, gdzie pnie nerwowe są mniej tkliwe, natomiast bolesne są niektóre części mięśniowe w obrębie tychże kończyn.

Natomiast w przypadkach bólów, powodowanych przez nerwobóle, zapalenia nerwów, schorzeniach kości lub stawów, wyniki lecznicze są minimalne.

Diatermja w leczeniu nerwobólów jest oddawna znaną i wypróbowaną. Chcielibyśmy tutaj przypomnieć tylko kilka wskazówek.

Diatermję należy stosować dopiero po ustąpieniu objawów ostrych (natomiast w okresie ostrym można stosować galwanizację). I tak np. w rwie kulszowej mniejwięcej 6 tygodni, w nerwobólach ramieniowych 3 tygodnie, w międzyżebrowych 2—3 tygodnie po rozpoczęciu choroby. Albowiem diatermja wcześniejsza może spowodować zaostrzenie procesu chorobowego. Początkowo należy stosować diatermję poprzeczną, którą chory o wiele lepiej znosi (np. w rwie kulszowej stosuje się początkowo jedną elektrodę na okolicę pośladkową, drugą na brzuch). W diatermji poprzecznej prąd rozdziela się równomiernie na rozmaite części tkankowe tak, że nerw jest objęty ciepłem na stosunkowo małej przestrzeni, podczas gdy w diatermji podłużnej większa część prądu kieruje się wzdłuż dobrze przewodzących naczyń i nerwów. Wskutek tego powstaje w nich silniejsze rozgrzewanie, prowadzące do bolesnych odczynów.

Dopiero gdy chory dobrze znosi diatermję poprzeczną, należy przejść do diatermji podłużnej. Czas trwania przegrzewania wynosi początkowo 10—15 minut, następnie dopiero 20—30 minut. Maksymalna częstość przegrzewań: co drugi dzień. Natężenie prądu nie powinno dojść do maksymalnie dozwolonych granic. Zaczynamy od małych natężeń, zwiększając je w następnych posiedzeniach, aż do osiągnięcia *optimum* działania, kontrolując ciągle samopoczucie chorego. (Gdy chory odczuwa podczas przegrzewania ból, który jest często ciągnący, podobny do bólu zęba, należy natychmiast natężenie prądu zmniejszyć).

Stosowanie diatermji we wtórnych nerwobólach i zapaleniach nerwów występujących w przypadkach guzów jest przeciwwskazane. Tu diatermja bowiem powoduje tylko pogorszenie. Wskazanem w tych przypadkach jest oprócz leczenia przyczynowego *naświetlanie światłem niebieskiem,* które daje bardzo łagodne działanie cieplne.

W bólach mięśniowych natomiast można diatermję stosować już w początkowych okresach, a gdy po pierwszych posiedzeniach zmniejszy się tkliwość mięśni, należy stosować masaż tychże.

Arsonwalizacja w postaci wyładowań iskrowych zapomocą elektrody kondensatorowej jest też często używana do leczenia bólów nerwów i mięśni. Prądy d'Arsonvala bowiem stosowane tą elektrodą mają, oprócz działania bodźcowego na nerwy naczynioruchowe skóry, także uspakajający wpływ na bóle. Szczególnie dobrze działają one w nerwobólach powierzchownych nerwów skórnych, w których często objawom bólowym towarzyszą parestezje i obniżenie czucia skórnego, np. w schorzeniach zewnętrznego nerwu skórnego udowego *(n. cutaneus femoris externus), (neuralgia parestetica),* wielkiego nerwu małżowinowego *(n. auricularis magnus),* nerwu potylicznego *(n. occipitalis)* i innych. Natomiast w bólu n. trójdzielnego wyniki są bardzo niepewne.

W światłolecznictwie nerwobólów zrobiono krok naprzód przez zastosowanie naświetlań pól ograniczonych promieniami pozafiołkowemi o natężeniu wywołującem silny rumień.

Metoda ta, podana jeszcze w roku 1909 przez Brusteina w Petersburgu, została dopiero w ostatnich latach usystematyzowaną przez rozmaitych autorów francuskich i niemieckich. Naświetlania te przeprowadza się zapomocą lampy kwarcowej w ten sposób, że naświetla się w obrębie obszaru nerwu schorzałego kolejno pojedyńcze pola skórne aż do wywołania rumienia, przyczem należy uważać, by otoczenie naświetlonego pola skórnego było dobrze przykryte.

Dla dawkowania promieni miarodajną jest nietylko siła palnika lampy kwarcowej (nowy, czy więcej używany palnik, czy 220 lub 110 wolt napięcia, czy lampa jest włączoną do sieci prądu stałego, lub zmiennego), lecz także osobnicza wrażliwość chorego i swoista wrażliwość świetlna poszczególnych części skóry (np. na grzbiecie lub na ramieniu, w okolicy pośladkowej i po stronie zginaczy uda można mniejszemi dawkami wywołać rumień, jak na przedramieniu lub podudziu).

Uwzględniając przytoczone okoliczności, wybierze się odległość lampy od chorego między 50—70 cm (przy bardzo długo używanych palnikach do 40 cm), przyczem czas naświetlania trwa od 5—10 minut. Gdyby początkowa dawka okazała się za słabą, należy ją zwiększyć przedewszystkiem przez zmniejszenie odległości, uciekając się ewentualnie później do przedłużenia czasu naświetlania.

Głównym celem jest wywołanie wyraźnego rumienia świetlnego o barwie żywo czerwonej, od tego bowiem zależy wynik leczniczy (uważać, żeby nie doszło do nacieków i tworzenia się pęcherzy w skórze).

Te naświetlania rumieniowe promieniami pozafiołkowemi wchodzą w rachubę przedewszystkiem dla rwy kulszowej, nerwobólów ramieniowych i postrzału. Kolejność naświetlań w odstępach 2-dniowych jest następująca:

Dla rwy kulszowej: okolica pośladkowo-lędźwiowa, tylna powierzchnia uda, dół podkolanowy, przednia powierzchnia uda, tylna powierzchnia podudzia.

Dla nerwobólów ramieniowych: Przednia powierzchnia barku, tylna powierzchnia barku, przednia powierzchnia ramienia, tylna powierzchnia ramienia i ewentualnie jeszcze kolejno obie powierzchnie przedramienia.

Dla postrzału: kilkakrotnie okolica krzyżowa.

Gdy pierwsza serja naświetlań nie doprowadziła do celu, zastosowanie drugiej serji napotyka niekiedy na trudności. Pola bowiem przedtem naświetlane uległy pigmentacji tak, że trzeba używać silniejszych dawek świetlnych do wywołania ponownego rumienia. Lepiej jest w tym razie naświetlać dodatkowo dawką zwyczajną pola przedtem nienaświetlane, leżące w obrębie schorzałego nerwu.

Naświetlania wymienione są wskazane w pierwotnych bólach i zapaleniach nerwów kończyn wtedy, gdy inne sposoby nie odniosły skutku. Natomiast we wtórnych nerwobólach np. w rwie kulszowej wskutek schorzenia kręgosłupa lędźwiowego wyniki lecznicze są niepewne.

Naświetlania te można kombinować z innemi sposobami fizykalnemi, szczególnie z diatermją. Rozumie się, że kombinacje tych naświetlań ze sposobami fizykalnemi, które same przez się powodują silne drażnienie skóry, jak np. z galwanizacją, są niedopuszczalne.

Jak należy tłumaczyć działanie tych naświetlań? Od dłuższego czasu już było znanem, że pod wpływem naświetlań pozafiołkowych zmniejsza się napięcie nerwu współczulnego. Ostatnio wykazało kilku autorów, z tych niektórzy zapomocą chronaksji, że pod wpływem tych naświetlań zmniejsza się też pobudliwość czuciowych nerwów skórnych na dłuższy okres czasu i że to obniżenie rozszerza się w odpowiednim nerwie także poza obręb naświetlonego pola. Oprócz tego wykazano zapomocą badań włoskowato drobnowidowych w instytucie Brusteina (Birkawskaja i Kacenelson), że w rwie kulszowej powstaje niedokrwienie miejscowe względnie tętniakowate zmiany w naczyniach włoskowatych obszaru schorzałego nerwu, które to zmiany znikają po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi w dawkach rumieniowych. Autorowie ci przypuszczają, że to polepszenie krwiobiegu przenosi się zapomocą nerwu współczulnego w głębsze warstwy do tkanki, która bezpośrednio otacza nerw. Wreszcie naświetlania te stanowią nieswoiste leczenie bodźcowe, gdyż przy każdem naświetlaniu, wywołującem rumień przychodzi do zniszczenia wielkiej ilości komórek skórnych, przyczem przetwory ich rozkładu dostają się do krwiobiegu.

Leczenie kąpielami bólów nerwów i mięśni postąpiło naprzód przez zastosowanie ciepłych kąpieli z dodatkiem przetworów silnie drażniących skórę. Np. w Niemczech od dłuższego czasu stosuje się z bardzo dobrym wynikiem preparat „*Transcutan*" jako dodatek do kąpieli. Preparat krajowy o podobnym składzie i działaniu wyrabia wytwórnia farmaceutyczna „Burkut" pod nazwą „*Petrobalsam*". Jest to ciecz oleista, ciemno-brunatna, zawierająca mieszaninę rozmaitych olejków eterycznych z dodatkiem ropy naftowej, która w gorącej wodzie kąpielowej wytwarza drobną i długotrwałą zawiesinę i wchodzi przez to w dokładne zetknięcie z całą powierzchnią skóry osoby kąpiącej się.

Ciepłota kąpieli pełnej wynosi początkowo 37^0, którą się podwyższa stopniowo w przeciągu 5—7 minut do 40^0. Wtenczas dopiero dodaje się „*Petrobalsam*", który po dalszych 15 minutach trwania kąpieli powoduje silne zaczerwienienie skóry. Po kąpieli należy chorego nie osuszając go, owinąć w prześcieradło i dobrze przykryć na przeciąg jednej godziny, celem wywoływania obfitych potów. Następnie osusza się chorego, który odpoczywa przez dalszą godzinę.

Kąpiele te stosowane 2—3 razy tygodniowo w ogólnej ilości 10—15 wymagają dobrego stanu narządu krążenia. Dają one dobre wyniki przy bólach mięśniowych i nerwowych, przyczem przy ostatnich mogą być stosowane w postaciach świeżych (2 tygodnie od początku choroby) jak i zastarzałych.

Działanie lecznicze tych i podobnych kąpieli tłumaczy się sumacją bodźca cieplnego i bodźca chemicznego na skórę. Wiemy już, że bodźce te powodują w skórze powstawanie histaminy, której działanie farmakodynamiczne poznaliśmy wyżej przy omawianiu jontoforezy histaminowej. Badania z instytutu Laqueura w Berlinie wykazały też, że po kąpielach z dodatkiem *Transcutan'u* podwyższenie ciepłoty wewnętrznej i pocenie się trwa dłużej i zaznacza się wybitniej aniżeli w kąpielach solankowych stosowanych według tej samej techniki.

Przedstawiliśmy w ten sposób nowsze metody leczenia fizykalnego bólów nerwów i mięśni, wskazujące na postępy godne uwagi, a ponieważ leczenie to jest obecnie dostępne i stosowane przez wielu lekarzy, uważamy je za praktycznie ważne.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Trachomatologji. Nr. 4. 1933. Z. Galewska: Przyczynek do zagadnienia ślepoty w Polsce. — M. Zachert: Stosowanie olejku czolmogrowego w leczeniu jaglicy.

Klinika Współczesna. Miesięcznik referatowy. Nr. 1. 1934.

Lekarz Wojskowy. Nr. 1. 1934. J. Lauber: Przyczynowe znaczenie gruźlicy w chorobach oczu. — A. Łęczycki: Lokalizacja zranień wojennych na powierzchni ciała. — A. Irlicht i J. Stein: Z kazuistyki akromegalji. — M. Konn: Technika marszów wojennych z punktu widzenia lekarskiego.

Lekarz Wojskowy. Nr. 2. 1934. S. Mozołowski: O ocenie zdolności do służby wojskowej chorych na padaczkę. — J. Rothberger i F. Goebel: O rozpoznaniu bloku serca po uszkodzeniu gałązek układu przedsionkowo-komorowego. — F. Krajewski: Szkolne przygotowanie lekarza wojskowego w probierzu rzeczywistości pułkowej.

Medycyna. Nr. 1. 1934. P. Adamowicz: Serce w obrazie radjologicznym. — M. Werkenthin: O cieniu trójkątnym pozasercowym. — M. Schieber: O torbielowato włóknistem schorzeniu płuc. — W. Zawadowski: Przepuklina otworu przełykowego. — M. Welfe: Leczenie schorzeń chirurgicznych promieniami Roentgena. — W. Grabowski: Rentgenoterapja nerwobólów.

Nowiny Lekarskie. Nr. 1. 1934. J. Bogdanowicz: Rumień guzowaty u dzieci. — L. Lakner: O torbielach zawiązkowych. — St. Wawrzyniak: Próby leczenia niedokrwistości złośliwej zagęszczonym sokiem żołądkowym. — J. Kowalczykowa: O gruczolako-mięsaku przełyku. — W. Bincer: Perparyna w praktyce lekarskiej.

Prasa Lekarska. Nr. 1. 1934.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 1. 1934. H. Wilczyński: Ubezpieczenia społeczne a Nowy Rok. — L. Waściszewski: Próba oznaczenia rzeczywistego poziomu świadczeń w ubezp. chorobowem na podstawie danych statyst. z działalności K. Ch. — W. Adamiecki: Gospodarcze znaczenie bezpieczeństwa pracy. — J. Zieliński: Projekt nowelizacji ubezp. prac. umysł. — R. Szymanko: Polsko-Gdańskie stosunki w dziedzinie ubezp. społ. — J. Jonda: Sprawa nadzoru nad robotniczemi kasami emeryt. na G. Śląsku. — J. Wengierow i Z. Wróblewski: Zarobki robotnicze a nowe ubezp. emeryt.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 2. 1933. K. Rożnowski: Reforma ubezpieczeń społecznych. — J. Wengierow: Kodeks zobowiązań a ubezpieczenia społeczne. — K. Horski: Odwołania od orzeczeń w sprawach obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek. — S. Balcerski: Geneza i zakres działania Izby Ubezpieczeń Społecznych. — B. Nowakowski: Znaczenie organizacji opieki lekarskiej w akcji bezpieczeństwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 1. 1934. F. Venulet: Równowaga kwasowo-zasadowa a niemiarowość tętna. — J. K. Parnas: Uwagi krytyczne do artykułu prof. F. Venuleta. — J. E. Chmielewski: O leczeniu chorób t. zw. gośćcowych i nerwobólów szczepionkami metodą Ponndorfa oraz zastrzykiwaniami siarki koloidalnej. — J. Fliederbaum: Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustalaniu się i zaleganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia. — A. Maciesza: Osobnik jako przedmiot studjów antropologji. — A. Ryder: O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 2. 1934. I. J. Merenlender: O nieustępującym odczynie Bordet-Wassermanna u kiłowych. — B. Glass: Parę uwagę o patogenezie i leczeniu „samoistnego" wysiękowego zapalenia opłucny.

Wiadomości Terapeutyczne. Nr. 1. 1934. S. Mokrzycki: Proteinoterapja a omnadyna w praktyce codziennej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 3. 1934. M. Galty-Kostyal i J. Tesarz: O kwasie nukleinowym sporyszu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 4. 1934. H. Becker i E. Łempicki: Przybliżona metoda oznaczania zawartości tlenku węgla we krwi.

Życie Dziecka. Nr. 1. 1934. S. Gutentag: Sprawozdanie z działalności lekarzy szkolnych miejskich szkół powszechnych w Łodzi za rok 1931/1932. — J. Ryngmanowa: Piszmy reportaże ze świata malusińskich. — J. Babicki: O wychowaniu. — Z. Rosenblum: Z poradni pedologicznej.

OCENY.

Człowiek ustokrotniony. Historja cywilizacji na wesoło. HENDRIK VAN LOON. Przełożył P. Hulka-Laskowski. Bibljoteki popularno-naukowej „Z dziedziny nauki i techniki" tom 3. Mathesis Polska. Warszawa 1933. Str. 250. Cena w opr. płóc. zł 11.60.

Książka van Loona jest tak odmienną od zwykle spotykanych prac popularyzatorskich, że zasługuje na szczególniejszą uwagę. Czytelnik otrzymuje wrażenie, że zadaniem autora było wywołanie pewnego nastroju; mniej natomiast dbał autor o to, by środki, które do tego celu mają doprowadzić, były zupełnie ścisłe i obciążone dostojnym balastem faktów naukowo stwierdzonych. Toteż w ocenie książki dojdzie się do odmiennych wyników w zależności od tego, czy rozważać się będzie całość wrażenia, jakie pozostawia przeczytanie książki, czy też przeprowadzi się szczegółową analizę poszczególnych podanych przez autora faktów. Ogólne wrażenie książki jest silne: czytelnik po odwróceniu ostatniej kartki wstaje z przekonaniem, że to jego pradziadowie walczyli z zimnem epoki lodowej, że zasługą jego przodków jest wydarcie przyrodzie ognia, wynalezienie pisma, dokonanie tego mnóstwa wynalazków, które dziś kształtują życie ludzkości; uprzytamnia sobie swój udział w walce z przyrodą; przepojony jest nadzieją, że jego potomkowie większe jeszcze wyniki uzyskają. Przeczytanie tej książki umiejscawia czytelnika w tym punkcie dziejów ludzkości, którym są czasy obecne, daje mu pogląd na rzeczy przeszłe, pozwala marzyć o przyszłości. Metoda, którą posłużył się autor dla wytworzenia takiego wrażenia, opiera się na bezpośredniości opowiadania, na stworzeniu pewnego nastroju licznemi rysunkami, których interpretację pozostawiono czytelnikowi, wreszcie na tem, że niema w książce szczegółowych opisów poszczególnych zdobyczy ludzkości, które to opisy odrywałyby uwagę czytelnika od ogólnego toku opowiadania.

I dlatego byłoby niesprawiedliwem rozważać te czy inne szczegółowe, poruszone przez autora, zagadnienia z punktu ścisłości ich przedstawienia; autor musiał zrzegnować niekiedy ze ścisłości, by nie zatrzeć wrażenia, które było celem książki; zaś cel swój w zupełności uzyskał.

W. Mozołowski (Lwów).

Le rhumatisme chronique. (Gościec przewlekły). R. PEMBERTON. Doin. Paris. 1933. Str. 408. Fr. 80.

Rzecz przełożona z angielskiego. Tłumaczom (Abel i François Françon) należy się uznanie za żmudną pracę a dobry wybór. Praca wypełnia lukę w nowem piśmiennictwie gośćca, tem bardziej, że P. potraktował przedmiot obszernie i wyczerpująco, uwzględniając najnowsze zdobycze naukowe.

Najobszerniej opracowane są rozdziały o patologji i leczeniu gośćca, pozatem porusza P. problem gośćca z punktu widzenia społecznego, zajmuje się gośćcem wieku dziecięcego, schorzeniami podobnemi, podaje ogólne uwagi tyczące natury i leczenia gośćca, a wreszcie przytacza dane statystyczne.

W rozdziale patologji uzasadnia konieczność utrzymania podziału na postać zanikową i przerostową, podkreśla znaczenie

zmian w drobnych naczyniach krwionośnych i zaburzeń w unerwieniu współczulnem poszczególnych tkanek, nie wyłączając mięśni bezpośrednio przez gościec niezajętych.

Wyczerpująco opracowana jest patologja dynamiczna gośćca i fizjologja płynu maziowego; znachodzimy krótko omówione badania pracowniane (przemiana materji, azot, kwas moczowy, kwas mleczny, fosfor, cholesteryna, cukier i t. d.). Specjalnie podkreśla P. wartość badań węglowodanów w ogólności i ich stosunek do zmian miejscowych (np. w płynie maziowym) w szczególności.

Symptomatologję gośćca omawia P. trzymając się zasadniczego podziału na postać zanikową i przerostową; tyczy to również gośćca kręgosłupa; *spondyl. ossif. ligament.* — równoznaczna z chor. Marie-Strümplla, to postać zanikowa, *spondyl. osteoarthr.* — to postać przerostowa, *spondyl. muscul.* — równoznaczna z chorobą Bechterewa.

W leczeniu przewlekłego gośćca podkreśla P. znaczenie przepłókiwań jelitowych, stojąc na stanowisku, że w większości przypadków mamy do czynienia z nieprawidłową czynnością przewodu pokarmowego i zastojem szkodliwych substancyj. Z tych powodów zaleca dietę małokaloryczną z ograniczeniem węglowodanów w pierwszym rzędzie a następnie białka. Uważa postępowanie fizykalne za podstawę leczenia przewlekłego gośćca; niestety większość lekarzy nie docenia tego; wodom mineralnym, jeśli nie działają czyszcząco, nie przypisuje większego znaczenia.

Janik (Iwonicz).

La spirochetose méningée. (Zakażenia krętkowe z objawami oponowemi). TROISIER, JEAN BOQIEN, YVES. Masson, Paris. 1933. 187 str. 34 fr.

Monografja ta przedstawia wyniki badań klinicznych i doświadczalnych prowadzonych od r. 1916, kiedy Costa i Troisier opisali przypadek *spirochetosis ictero-haemorrhagica* z objawami oponowemi, ale bez żółtaczki, krwawień i nawrotu.

Autorzy omawiają najpierw biologję krętka Ido-Inada, warunki zakażenia i czas wylęgania, który trwa 8 do 15 dni. Choroba zaczyna się z reguły nagle, bólami głowy, kręgosłupa i wymiotami, rzadziej dreszczami. Objawy oponowe dominują w obrazie (kark sztywny, Kernig i Brudziński dodatni, kończyny zgięte, przeczulica skóry); utrzymują się one zwykle 7 dni; niekiedy tylko są słabo zaznaczone. Czasem występuje opryszczka. Spojówki są nastrzykane. Porażeń mięśni gałek ocznych nigdy nie obserwowano, raz opisano zajęcie N. VII. Odruchy ścięgniste żywe, objawy piramidowe rzadkie. Ciepłota wysoka od początku choroby (38.5 do 40°), trwa przeciętnie 7 do 9 dni. W połowie przypadków względna bradykardja. Często występują około 4 dnia krwawienia z nosa. Śledziona nieznacznie powiększona. We krwi mierna leukocytoza; w moczu czasem białko i krwinki, niekiedy urobilinogen, urobilina. Szczególne znaczenie mają zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego; płyn wodojasny, rzadko opalizujący, ciśnienie wzmożone. Ilość białka w stosunku do ilości ciałek mała. Ilość ciałek w każdym przypadku podwyższona, wzrasta w pierwszych pięciu dniach, utrzymuje się do 15 dnia i opada potem szybko. Zwykle 200 do 300 ciałek w 1 cm³. W pierwszych dniach więcej jest wielojądrzastych, potem stosunek ich wyrównuje się, po 12 dniu przeważają jednojądrzaste.

Podczas gdy w zwyczajnym obrazie choroby Weila typowy jest nawrót, w przypadkach postaci oponowej występuje on rzadziej, około 20 dnia i trwa 6 do 12 dni; temperatura podnosi się znowu i występują objawy oponowe.

W dalszych rozdziałach omawiają badania serologiczne i rozpoznawcze szczepienia zwierząt; przytaczają dokładnie 21 historyj chorób, grupując je wedle typów obrazu. Rozpoznaniu różniczkowemu poświęcono osobny rozdział, uwzględniający choroby egzotyczne. Leczenie jest wdzięczne ze względu na zawsze dobrą prognozę; autorzy zalecają nakłucia lędźwiowe, bizmut, arsen, yatren A.

Monografja opracowana bardzo starannie odda cenne usługi każdemu, który zajmie się tym działem chorób.

W. Stein (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O zimnym ropniu klatki piersiowej. M. R. KAUFMANN. Annal. d'ant. pathol. et d'anat. normale méd. chirurg. T. X. Nr. 5. Str. 541. 1933.

Na podstawie jednego przypadku sekcyjnego i 70 spostrzeżeń klinicznych dochodzi autor do wniosku, że zimne ropnie ściany klatki piersiowej, mogące wystąpić w pewien czas po gruźliczem zapaleniu opłucnej, są wynikiem wytworzenia się zmian serowatych w gruczołach chłonnych, usadowionych wzdłuż tętnicy sutkowej *(a. mammaria int.)*, nie są zaś wynikiem zmian gruźliczych w żebrach, jak to się zwykle przypuszcza. W tych przypadkach najczęściej opłucna nie bywa w sąsiedztwie ropnia zmieniona chorobowo, zmiany znajdowane w żebrach są zawsze wtórne, powstałe przez przejście sprawy gruźliczej z ropnia zimnego na okostną, a potem dopiero na kość. Opierając się na tych danych radzi autor w przypadkach zimnych ropni klatki piersiowej usuwać operacyjnie tylko zmienione chorobowo gruczoły chłonne, ponieważ resekcja żeber w takich przypadkach jest zabiegiem niepotrzebnym (wystarczy bowiem w razie przejścia sprawy na kość wyskrobanie mas serowatych), znacznie cięższym, przedłużającym leczenie, i niechroniącym przed nawrotami.

J. Kowalczykowa (Kraków).

Przeciw sączkowaniu. D. KULENKAMPFF. Zbl. Chir. Nr. 38. 1933.

Autor wypowiada się naogół przeciw sączkowaniu. Za wyjątkiem sączka Popperta po usunięciu woreczka żółciowego, pyelo-, uretero-, cystotomji i sączka po otwarciu zropiałego stawu kolanowego, które pozostawia przez 5—6 dni względnie dłużej, każdy sączek usuwa po 24 godzinach.

A. Abdański (Krzemieniec).

W sprawie leczenia nadkłykciowych dziecięcych złamań kości ramieniowej. A. BECK. Zbl. Chir. Nr. 38. 1933.

Autor radzi, poddając krytyce sposób Löwego i Mattie'go, przy złamaniach ekstensyjnych wczesnych jak i późniejszych do dni 14 odprowadzać odłamki ręcznie przez pociąganie zgiętego pod kątem prostym przedramienia w kierunku osi długiej kości ramieniowej. Autor podkreśla, że przedramię musi być w tym czasie ustawione w pronacji, gdyż tylko w ten sposób można uzyskać zwiotczenie mięśni odchodzących od kłykcia przyśrodkowego kości ramieniowej. Odprowadzać należy powoli, przez około $1^1/_2$ godziny, przy równoczesnem ostrożnem miętosieniu krwiaka względnie obrzęku. Po odprowadzeniu należy przy zgiętym łokciu i pionowo ustawionem przedramieniu nałożyć szynę gipsową bezpośrednio na kończynę. Dziecko ma leżeć w łóżku przez 8—10 dni, przedramię ma być zawieszone. Opatrunek ustalający pozostaje przez 3 do 4 tygodnie.

A. Abdański (Krzemieniec).

Przypadek mięśniaka woreczka żółciowego. G. HROMADA. Zbl. Chir. Nr. 38. 1933.

Podczas operacji mylnie rozpoznanego wrzodu dwunastnicy, stwierdził autor zgrubienie i wypuklenie szczytu woreczka żółciowego, który usunął. Drobnowidowo: mięśniak. Zniekształcenie dwunastnicy, przemawiające Rtg. za wrzodem, było spowodowane pociąganiem jej przez błonę Harrisa, ciągnącą się od szczytu woreczka żółciowego do dwunastnicy.

A. Abdański (Krzemieniec).

Raki dolnego odcinka odbytnicy i odbytu. RAIFORD. Surg. Gyn. Obst. LVII. Nr. 1.

Autor uważa, że najlepsze wyniki daje doszczętna operacja po uprzedniem naświetlaniu Roentgenem.

K. Czyżewski (Lwów).

Uchyłki kiszkowe. DAVID. Surg., Gyn. a. Obst. LVI/2 a, 1933 r.

Najczęstsze są pojedyńcze ograniczone uchyłki. Stan zapalny ogranicza się do ściany uchyłka i powoduje powtarzające się napady bólów i wzdęcia. W leczeniu należy wykluczyć pokarm zbyt gruby, trudno strawny. W razie napadu należy stosować gorące okłady, belladonę i t. d.; środki przeczyszczające i obfite lewatywy nie są wskazane.

Stany zapalne przyuchyłkowe *(peridiverticulitis)* należą do stanów ostrych, prowadzących do przedziurawienia kiszki i zapalenia otrzewnej. Proces może też przebiegać przewlekle z nawrotami napadów miejscowego zapalenia otrzewnej z następowemi zrostami mogącemi powodować ostrą niedrożność. W przypadkach objawów miejscowego zapalenia otrzewnej postępowanie lecznicze winno być wyczekujące i paljatywne, w ostrej niedrożności operacyjne.

Zapalenie uchyłka i jego otoczenia może prowadzić do wytworzenia się ropni i przetok kiszkowo-jelitowych, — pęcherzowych, lub innych. Ropnie te mogą dawać objawy ropni okołonerkowych lub wyrostka robaczkowego. Gdy stan zapalny znacznie się rozprzestrzeni, może wystąpić ostra niedrożność jelit, dająca wskazanie do wykonania przetoki kiszkowej.

Zapalenie uchyłka może przebiegać w postaci objawów guza. Wówczas rentgenologicznie i klinicznie trudne jest odróżnienie od raka. Przewlekłość sprawy, obecność innych uchyłków, brak krwi i ropy w stolcu przemawia za zapaleniem uchyłka.

Gdy bliznowate zaciąganie się kiszki spowodu zapalenia uchyłka powoduje objawy niedrożności, należy przystąpić do resekcji po poprzedniej przetoce kiszki ślepej.

Przyczynowy związek między zapaleniem uchyłka a rakiem jest taki sam, jak w sprawach zapalnych innych narządów.

Janik (Iwonicz).

Ziarniniaki niespecyficzne przewodu pokarmowego. J. ERDMANN. Surg. Gyn. Obst. LVII. Nr. 1.

Są to guzy zapalne usadowione najczęściej w ścianie kiszki grubej, możliwe we wszystkich częściach przewodu pokarmowego. W niektórych znaleziono ciała obce, jako punkt wyjścia bujania zapalnego, zresztą etjologja ich nie jest znana. Rozpoznanie właściwe daje tylko mikroskop, często są uważane fałszywie za raka lub gruźlicę. Leczenie tylko operacyjne przez wycięcie lub wyłączenie drogą zespolenia, daje rokowanie dobre. Wskazania do zabiegu daje najczęściej zwężenie światła przewodu pokarmowego. *K. Czyżewski* (Lwów).

Rokowanie w raku kiszki. RANKIN i OLSON. Surg., Gyn. a. Obst. LVI/2 a, 1933.

Odsetek przypadków, nadających się do zabiegu operacyjnego, waha się między 68 a 50%. Śmiertelność pooperacyjna w ostatniem dziesięcioleciu obniżyła się na 10%. Z 453 przypadków raka przytaczają autorowie dokładniejsze dane z tych, w których wykonano resekcję. W raku kiszki strony prawej, gdzie zabiegiem wyboru była ileokolostomja w jednem lub dwu posiedzeniach i resekcja, wykonano 84 zabiegów, z czego 9 chorych zmarło w szpitalu (10.7%).

W raku kiszki strony lewej wykonano resekcję w 31 przypadkach z 3-ma przypadkami zejścia śmiertelnego (9.6%).

Janik (Iwonicz).

Choroby skórne i weneryczne.

Rzadkie powiklanie oddalone (Fernkomplikation) w rzeżączce. K. DAMBLÉ (Kilonja). Ztsch. f. klin. Med. B. 124. S. 388—397.

Dokładny opis kliniczny i anatomo-patologiczny jednego przypadku rzeżączki u kobiety, u której jako powikłanie wystąpiło zakażenie ogólne i wrzodziejące zapalenie wsierdzia na zastawkach półksiężycowatych aorty a częściowo na zastawce dwudzielnej: na tle napewno rzeżączkowem. Zejście śmiertelne nastąpiło w trzy tygodnie od pierwszych objawów. W drugim przypadku mężczyzny z rzeżączką cewki i zapaleniem przyjądrza kliniczne objawy zapalenia opon mózgowych z płynem mózgowo-rdzeniowym zapalnym, w którym mikroskopowo ani hodowlą nie wykazano gonokoków, jednak płyn mętny, obficie zawierający komórki, z dodatnią reakcją białkową, jałowy, podwyższenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego i rzeżączka cewki wystarczają do uznania zapalenia opon mózgowych za rzeżączkowe. W 14 dni po przyjęciu chory bez dolegliwości.

H. Długosz (Lwów).

Prosty sposób szybkiego wyleczenia świerzbu. M. P. DEMJANOWICZ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 17—18. 1933.

Metoda polega na nacieraniu skóry ciała 40% rozczynem siarczanu sodowego ($Na_2S_2O_3$), a następnie 5% rozczynem kwasu solnego, przyczem wydzielają się: kwas siarkawy (H_2SO_3) i siarka, działające na pasorzyty *in statu nascendi.* Tym sposobem leczono 800 chorych, niektóre przypadki powikłane (wyprysk, zapalenie ropne skóry), przyczem całe leczenie przeprowadzono w $1^1/_2$ godziny. Chorzy znoszą leczenie zupełnie dobrze, nawet dzieci 4 miesięczne.

Technika leczenia: całe ciało z wyjątkiem głowy naciera się ręką w ciągu 15 minut 40% rozczynem tiosiarczanu sodowego (100 cz. roztworu na 150 cz. ciepłej wody), poczem pauza 10 min. dla wyschnięcia płynu. Po wyschnięciu płynu naciera się skórę w ciągu 15 minut 5% rozczynem kwasu solnego, poczem znów pauza dla wyschnięcia płynu. Po przerwie powtarza się całą procedurę jeszcze raz tak, że całkowite leczenie zostaje przeprowadzone w $1^1/_2$ godziny. Do każdego nacierania potrzeba 75.0—100.0 roztworu. Pokój, w którym wykonywa się nacieranie, powinien być suchy i ciepły dla szybszego wyschnięcia płynu.

Następnie pacjent zmienia bieliznę, a po 3-ch dniach otrzymuje kąpiel. Zalety tej metody polegają na tem, że jest szybka, ekonomiczna, wykonywana środkami prostemi i może mieć dlatego szerokie zastosowanie (np. dla wojska w polu, na wsi), nie niszczy bielizny, nie daje objawów ubocznych; komplikacje świerzbu jak wyprysk, zapalenie ropne skóry nie są przeciwwskazaniem; nieznaczne zaczerwienienie skóry po leczeniu nie wymaga żadnego leczenia i ustępuje samoistnie po 1—3 dniach.

M. Segal (Lwów).

Leczenie siarką wyprysku i niektórych innych chorób skóry. A. F. KAKOWSKIJ (Kijów). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 17—18. 1933.

Stosując masowo leczenie doustnem podawaniem siarki, dochodzi autor do następujących wniosków: jeżeli leczenie wyprysku siarką pozostaje bez rezultatu, należy przypuszczać, że dane schorzenie nie jest wypryskiem lub, co jest mniej prawdopodobne, wyprysk może być spowodowany zaburzeniem przemiany nietylko siarki ale także innych elementów, np. Si. Ca. Zapobiegawczo należy rozpocząć leczenie przy pierwszych objawach podrażnienia skóry. Dla osoby dorosłej *Lac. sulfur.* 0,5 trzy razy dziennie z sproszkowanym cukrem naczczo lub z pokarmami niezawierającemi siarki np. węglowodanami lub tłuszczem (masło). Z innych schorzeń skóry może być stosowana siarka przy zapaleniu skóry, świerzbiączce, trądziku, czyraczności. W piśmiennictwie autor nie znalazł wzmianki o leczeniu wewnętrznem wyprysku siarką i dlatego zwraca się do ogółu lekarzy z prośbą o wypróbowanie tej metody.

Przyp. Redakcji Sow. Wracz. Gaz.: Autor źle jest obznajomiony z piśmiennictwem dermatologicznem. Następuje wyszczególnienie szeregu prac na powyższy temat.

M. Segal (Lwów).

Chlorek amonu w leczeniu twardziny skóry. R. LERICHE i A. JUNG. Pres. Méd. Nr. 52. 1933.

Autorowie podają obserwację przypadku twardziny skóry, w którym występowała szybka poprawa pod wpływem podawania po 3 g salmiaku dziennie przy diecie zakwaszającej, a znaczne pogorszenie pod wpływem podawania wyciągów tarczycy i gruczołów przytarczowych. Działanie lecznicze salmiaku należy przypisać jego zdolności zakwaszania organizmu i zwiększania wydalania wapnia w moczu. W patogenezie twardziny duże znaczenie odgrywa przemiana wapnia, którego poziom we krwi w tej chorobie bywa powiększony. *Skowroński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 listopada 1933 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia Towarzystwa.

Doc. Dr. A. Oszacki, Ordynator Oddz. I.B. chorób wewnętrznych Szpitala św. Łazarza wygłosił wykład p. t.: *„O znaczeniu badań metabolicznych przy nowotworach ze szczególnem uwzględnieniem reakcji krwi.*

Kol. Mazanowski z Oddz. I.B. wygłosił: *„Czerwony obraz krwi przy nowotworach i innych schorzeniach"*.

Kol. Fiala (Gość T-wa) wygłosił: *„Rola mięśni przy powstawaniu ketonemji i ketonurji"*.

Kol. Wohlfeiler (Gość T-wa) wygłosił: *„Rozpoznawcze znaczenie krzywej kwasu mlekowego we krwi"*.

Dyskusję otwarto ze względu na wzajemne uzupełnianie się wszystkich powyższych wykładów, wspólnie.

W dyskusji Kol. Wachtel zaznacza, że Reding i Slosse stwierdzili, że po operacji radykalnej alkaloza krwi nie ulega zmianie. Zgadza się to z obserwacjami Freunda i Kaminerowej, którzy podobnie nie znajdowali zmian w dodatniej reakcji cytolitycznej u operowanych radykalnie. Wynika z tego, że zabieg chirurgiczny tylko usuwa guz nowotworowy, ale nie zmienia zaburzenia rakowego organizmu. Należy więc wnioski prelegenta, dotyczące tej kwestji, a oparte na obserwacji tylko 5 przypadków, przyjąć z zastrzeżeniem, aż do dalszego wyjaśnienia sprawy. (Streszczenie prelegenta).

W dyskusji zabierali głos następnie Kol. Zakrzewski Z., Prof. Dr. Kostrzewski, Kol. Kowarzyk i w odpowiedzi Doc. Oszacki.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22 listopada 1933 roku.

Przewodniczący: Wiceprezes: Kol. Dr. Blassberg.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia Towarzystwa.

Po odbytem głosowaniu przyjęto na członków Towarzystwa Kol. Dr. Kowalczykową Janinę i Kol. Kowalczyka Jana.

Dr. Schönthalówna Regina (Gość T-wa) z Oddz. I.B. Szpitala św. Łazarza, wygłosiła odczyt p. t.: *„Kwas mlekowy we krwi przy nowotworach, oraz sposoby jego oznaczania"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol. Wachtel, dwukrotnie kol. Kowarzyk i dwukrotnie Doc. Oszacki.

Kol. Dr. E. Szczeklik (z Oddziału I.B. szpit. św. Łazarza) wygłosił wykład p. t.: *„Znaczenie elektrokardjogramu dla leczenia chorób sercowych" z demonstracjami elektrokardjogramów.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29 listopada 1933 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Prezes powitał przybyłych na dzisiejsze posiedzenie Gości w osobach przedstawicieli Wydziałów Prawniczego i Teologicznego oraz Towarzystwa prawniczo-ekonomicznego.

Prof. Dr. Leon Wachholz wygłosił wykład p. t.: *„129 lat I. Katedry Medycyny Sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim"*. (Praca przeznaczona do druku).

Po ukończeniu wykładu obecni przez powstanie i huczne oklaski wyrazili uznanie i hołd dla zasłużonego Nestora Medycyny Sądowej w Polsce, ustępującego po 39 latach pracy z I. Katedry Medycyny Sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Karol Rożkowski.

W dniu 16 stycznia b. r. polska medycyna prowincjonalna poniosła ciężką i niepowetowaną stratę: w Częstochowie po długiej chorobie zamknął na zawsze powieki w 62 roku życia Dr. Karol Rożkowski, na polu pracy naukowej następca Biegańskiego w tem mieście.

Nazwisko Jego jako autora licznych prac oraz prelegenta na Zjazdach lekarskich znane jest na całym terenie Rzeczypospolitej. W osobie ś. p. Rożkowskiego odeszła od nas jednostka wysoce i wielostronnie uzdolniona, twórcza, rozmiłowana w pracy naukowej a przytem pełna poczucia obowiązku społecznego.

Karol Rożkowski urodził się w Częstochowie w r. 1872 i tu wzrastał stykając się z Drem Wł. Biegańskim, Swym Szwagrem. Po ukończeniu gimnazjum udał się na studja lekarskie do Warszawy. Już jako student wykazał wybitne uzdolnienie i zamiłowanie do samodzielnej pracy naukowej ogłaszając prace z dziedziny psychologji.

Po ukończeniu studjów w Warszawie, w r. 1895 udał się do Klinik Pragi i Krakowa, sposobiąc się sumiennie do zawodu lekarza-praktyka. Od r. 1897 zamieszkał w Częstochowie, i tu pracował w Szpitalu obok Dra Biegańskiego, zdobywając podstawy swej wszechstronnej wiedzy.

Już w tym pierwszym okresie zawodu lekarskiego ogłosił w r. 1902 popularną pracę „O higjenie pielgrzymek do Jasnej Góry" oraz „Sen" i „Marzenia senne" w r. 1904. Rok 1905 stanowił ważną epokę w Jego życiu: ulegając chorobie — wrzodu żołądka — i zniechęcony dotychczasową różnostronną praktyką, poświęca się badaniu chorób wewnętrznych i niebawem zdobywa uznanie jako wybitny znawca chorób płucnych. W tym okresie do r. 1914 ogłosił kilka prac z tej dziedziny: „O znaczeniu osłabionego oddechu pęcherzykowego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy", „Dychawica oskrzelowa i gruźlica płuc" oraz na Zjazdach lekarzy prowincjonalnych w r. 1911 w Łodzi „O chorobie posurowiczej" i w r. 1914 w Lublinie „Stany gorączkowe przewlekłe pochodzenia migdałkowego i gruczołowego". Życie nigdy nie oszczędzało Go — wybuch wojny zastał Go razem z rodziną poza granicami kraju, poszedł na tułaczkę po Rosji, i po 4 latach ciężkich tam przeżyć powrócił do Częstochowy przedwcześnie postarzały. Czas pobytu w Rosji obok tęsknoty za krajem przyniósł Mu i pewien pożytek: w r. 1915 był kierownikiem Sanatorjum dla chorych płucnych w Finlandji, i zdołał nabyć większego doświadczenia w leczeniu tych chorych.

Tamże w Rosji przeżył ciężki cios, jakim była wiadomość o zgonie Dra Biegańskiego. Nie mając materjałów pod ręką, napisał w r. 1917 i ogłosił w „Polskim Miesięczniku Lekarskim" piękną pracę: „Dr. Władysław Biegański i Jego działalność naukowo-lekarska"; w pracy tej streścił umiejętnie prace Biegańskiego oraz podał cenne i ciepłem uczuciem owiane szczegóły życia domowego i warunki pracy uczonego.

Po powrocie do kraju w latach 1919, 1920 i następnych rozwinął niezwykle płodną działalność pisarską, obok prac oryginalnych podając szereg streszczeń z Lancet'a do pism polskich. Równocześnie powołany na prezesa Tow. Lekarskiego pobudził je do nowego życia — i w r. 1921 otrzymał dyplom członka Honorowego.

W tym okresie ogłosił znowu szereg prac z dziedziny ftizjologji: „O wartości opukiwania i osłuchiwania klatki piersiowej i kręgosłupa w gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych", „Kilka uwag w sprawie leczenia słonecznego gruźlicy płuc", „Gruźlica wnęki płucnej", „Rany postrzałowe klatki piersiowej i gruźlica płuc" oraz z epidemjologji grypy: „Walka z epidemją grypy — jej najważniejsze zadania i środki", „Grypa hiszpańska i gruźlica płuc", „O powstawaniu i znaczeniu sinicy w grypowem zapaleniu płuc„.



W r. 1921, jako jeden z pierwszych w Polsce ogłosił streszczenie zbiorowe w Gazecie Lekarskiej (Nr. 5) „O dodatkowych czynnikach pożywienia czyli witaminach".

W ostatnich latach powrócił znowu do pracy z zakresu interny, ogłaszając: „Zwężenie lewego ujścia żylnego w świetle nowych badań" oraz „W sprawie opukiwania rękojeści mostka w równomiernych rozszerzeniach tętnicy głównej" — (Polskie Archiwum Med. Wewnętrznej r. 1926). Tę samą pracę, w której podał własny sposób badania rozszerzeń aorty, zamieścił w streszczeniu francuskiem w piśmie *Archives des Maladies du coeur* w r. 1927. W r. 1928 ogłosił w Polsk. Archiwum Med. Wewnętrznej gruntowną pracę „Zagadnienie bólu w świetle współczesnych badań i poglądów", w roku 1931 i 1932 obudził duże zainteresowanie czytelników pracą „Nowe prądy i hasła w lecznictwie", w której podniósł braki współczesnej medycyny naukowej, znaczenie psychozy chorego w lecznictwie i nawoływał do stosowania zasady Hippokratesa *„primum non nocere"* w znaczeniu nie przeciwdziałania siłom leczniczym naturalnym.

Wymienione prace nie obejmują całego obszaru prac naukowych ś. p. Rożkowskiego. Na posiedzeniach Tow. lekarskiego wygłosił On kilkadziesiąt odczytów z różnych działów patologji. Oto kilka tytułów: „O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płucnej", „O nadwrażliwości", „O istocie krzywicy", „O metodyce badania ciśnienia krwi", „O zapaleniu nerek w świetle pojęć obecnych", „O nerwowości u dzieci", „O układzie pozapiramidowym".

Nie posiadając kliniki ani pracowni umiał On ze swojej praktyki prywatnej gromadzić materjał naukowy w postaci cennych obserwacyj; obdarzony intuicją i krytycyzmem stwarzał rzeczy oryginalne albo sprawy już znane umiał oświetlić Swym twórczym umysłem i nadać im wartość nowości.

W wykonaniu Swych prac był jednym z najlepszych pisarzy lekarskich: w pracach Jego zwracano uwagę na doskonałą formę i nieskazitelną czystość języka.

Pracując naukowo nie zrywał kontaktu z życiem — był zawsze lekarzem-społecznikiem.

Oprócz Tow. Lekarskiego był założycielem Tow. Higjenicznego, Tow. Krajoznawczego, Stowarzyszenia Lekarzy; w latach 1903—1905 był jednym z założycieli I-go polskiego gimnazjum w Częstochowie, Kółka samokształcenia inteligencji miejscowej — w ostatnich latach zorganizował Tow. Przeciwgruźlicze i poradnię.

Pracując Sam z potrzeby ducha umiał ocenić i uczcić pracę społeczną innych: pamiętne są u nas Jego świetne przemówienia jubileuszowe ku uczczeniu magistra farmacji Edm. Nowaka i Dr. Sz. Starkiewicza, twórcy Sanatorjum dla dzieci gruźliczych.

W osobie Dra Karola Rożkowskiego straciliśmy wybitnego lekarza, pracownika naukowego wysokiej miary, obywatela wielkiej zasługi.

Cześć Jego świetlanej postaci!

K. Łokczewski (Częstochowa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

W Warszawie zmarł dnia 31 stycznia b. r. dr. Jan Karol Arnsztajn, b. żołnierz I Brygady Legjonów Polskich i członek P. O. W., lekarz wolno praktykujący w Lublinie. Żył lat 36.

W Warszawie zmarł dnia 31 stycznia b. r. dr. Jan Zejdler, lekarz Ubezpieczalni Społecznej, przeżywszy 67 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Doniosły wynalazek P. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. W piątek dnia 26 stycznia b. r. odbyło się na Zamku u Pana Prezydenta Rz. P. zebranie, na którem Pan Prezydent przedstawił zasady Swego wynalazku o sztucznem wytwarzaniu górskiego powietrza. Na zebranie zostali zaproszeni liczni przedstawiciele świata naukowego, fizycy i lekarze, wśród których były licznie reprezentowane wydziały lekarskie uniwersytetów polskich. Przewodniczącym zebrania był P. Minister Hubicki. Pan Prezydent Rz. P. wygłosił dłuższy referat o Swoim wynalazku. Po odczycie wywiązała się dyskusja, w której biorący udział wypowiedzieli się z entuzjazmem o doniosłości wynalazku dla medycyny. Zasady wynalazku Pana Prezydenta przedstawiają się w streszczeniu następująco: warunki klimatu górskiego wytwarza się przez wprowadzenie do pokoju powietrza absolutnie czystego, pozbawionego wszelkich pyłów i drobnoustrojów zapomocą urządzenia opatentowanego, pomysłu Pana Prezydenta. Równocześnie przez działanie promieni pozafiołkowych, wysyłanych przez lampę kwarcową, wytwarza się pewien stopień jonizacji powietrza. Światło lampy kwarcowej, rozpraszając się na matowym ekranie metalowym, specjalnie skonstruowanym, daje obfitą domieszkę promieni pozafiołkowych. Ponieważ palnik lampy kwarcowej jest osłonięty, a ekran matowy, promieniowanie ma łagodne natężenie i tak jest dobrane, że skóra i oczy nie wymagają specjalnej ochrony, jak to się dzieje podczas zwykłych naświetlań lampą kwarcową. Mieszanina tlenków azotu i ozonu, wytwarzająca się przy palniku kwarcowym jest usuwana przez specjalne urządzenie wentylacyjne. Pobyt w pokoju tak urządzonym realizuje dokładnie warunki klimatu górskiego pod względem czystości powietrza, jonizacji i promieniowania pozafiołkowego. Jedynie tylko gęstość powietrza i ciśnienie atmosferyczne odpowiadają warunkom klimatu nizinnego. Pobyt w pokoju zaopatrzonym w urządzenie pomysłu Pana Prezydenta Rz. P. wywiera bardzo dodatni wpływ na ustrój ludzi i jest bardzo zbliżony do pobytu w górach. Koszt całego urządzenia wynosi około 5.000 zł. Narazie jest ono przeznaczone do celów doświadczalnych, celem poczynienia ścisłych obserwacyj fizjologicznych. Przewidywać należy, że urządzenie to znajdzie szerokie zastosowanie w szpitalach, sanatorjach nizinnych i szkołach, a nawet w mieszkaniach prywatnych, stwarzając możność korzystania w każdem położeniu geograficznem z dobroczynnego wpływu klimatu górskiego.

Stowarzyszenie Lekarzy Bielska, Białej i Okolicy odbyło w dniu 31 ub. miesiąca swoje doroczne Walne Zgromadzenie. Wobec istnienia na terenie jeszcze dwóch innych organizacyj lekarskich o charakterze społeczno-zawodowym, Stowarzyszenie ograniczyło się w roku ubiegłym do pracy czysto naukowej. Odbyły się wieczory referatowe i odczyty w liczbie 7, licznie frekwentowane przez kolegów, pozatem została uruchomioną czytelnia lekarska, która jest w posiadaniu najważniejszych pism lekarskich, krajowych jak i zagranicznych. Ponieważ na terenie Śląska niema dotychczas Izby Lekarskiej, władze stowarzyszenia stoją również na straży etyki zawodowej i ustalają taryfę minimalną. — Wybrano nowy Zarząd w osobach kol. kol. Matlaka, Wałacha, Tiefenbrunna i Obständera. Ustępującego, wieloletniego prezesa dra Bauma wybrano członkiem honorowym.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 6 lutego 1934 r. 1. Chodkowski K., członek T-wa: Przypadek przewlekłego zapalenia tarczycy. 2. Huszcza A., członek T-wa: Obecny stan rozwoju medycyny lotniczej w Polsce. 3. Dybowski Wł.: Fizjologiczne problemy lotnictwa. 4. Fiumel A.: Badania czynnościowe narządu krążenia u lotników.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 7 lutego 1934 r.: 1. Kol. Dzierżyński: Omówienie 16 przypadków z pokazem fotografij: I. Eunuchoidismus (2 przypadki). II. Schorzenia przysadkowo-lejkowe (4 przypadki). III. Kiła układu nerwowego (6 przypadków). IV. Wągrowatość IV-ej komory (1 przypadek). V. Rak mózgu (przerzut z oskrzela; 1 przypadek). VI. Chorioidoma IV-ej komory (1 przypadek). VII. Żylakowatość czaszki (1 przypadek). — Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — II. Posiedzenie w dniu 21 lutego 1934 r.: 1. Kol. M. Lewenfisz: Rentgenoterapja nadnerczy jako jedna z metod leczniczych choroby Basedowa. 2. Kol. S. Neumark: Uogólniona erytrodermja złuszczająca po podaniu wyciągu z paproci. — III. Posiedzenie wspólne z Oddziałem Łódzkim Polskiego Tow. Higjenicznego w dniu 28 lutego 1934 r.: 1. Kol. T. Załęski: Epidemjologja duru brzusznego. 2. P. E. Rosset, Naczelnik Wydziału Statystycznego: Statystyka duru brzusznego w Łodzi. 3. Kol. L. Szyfman: Z kazuistyki tegorocznej epidemji duru brzusznego.

Sprawy zawodowe.

Zjazd Izb Lekarskich w Warszawie. 4 lutego b. r. odbył się w Warszawie zjazd izb lekarskich z całego kraju dla omówienia ogólnej sytuacji, jaka się wytworzyła po wejściu w życie przepisów o umowach z lekarzami w ubezpieczalniach społecznych (dawnych Kasach Chorych), oraz po wejściu w życie ustawy scaleniowej o ubezpieczeniu społecznem.

Medycyna społeczna.

Nowa ustawa o zwalczaniu gruźlicy. Zgłoszony przez ministerstwo opieki społ. projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy, ustanawia obowiązek zgłaszania przez lekarza przypadku gruźlicy w postaci niebezpiecznej dla otoczenia, każdorazowej zmiany miejsca pobytu osoby chorej i każdego przypadku zgonu na gruźlicę. Obowiązek ten dotyczy zarówno lekarza, jak i domu, w którym się chory znajduje, bądź ciąży na nim samym, jeśli mieszka samotnie. Zgłoszenia mają być składane jako tajne, w zamkniętej kopercie bezpośrednio powiatowemu lekarzowi. Akcja zapobiegawcza polega na zakładaniu przychodni przeciwgruźliczych przez gminy i sejmiki. Oprócz tego samorządy obowiązane są do utrzymania szpitali i sanatorjów dla gruźliczych. Miasta fabryczne lub przeludnione muszą tworzyć specjalne instytucje izolacyjne.

Różne.

W Nr. 5. *La Presse Médicale* pojawił się artykuł prof. J. Glatzla z Krakowa drukowany w Nr. 45. Pol. Gaz. Lek. z 1933 r. p. t.: Przemiana podstawowa w niedrożności jelit.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.